POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Luty. Marzec.	→ ROCZNIK JEDENASTY. ←	1909.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr B. Wicherkiewicza
i z c. k. uniwersyteckiego zakładu mikrobiologii Prof. Dr Nowaka.

Zapalenia ropne rogówki z hypopyon o rzadkiem podłożu bakteryologicznem.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

I. Owrzodzenia rogówkowe wywołane przez diplobacylle Petita *(Diplobacillus liquefaciens Petit)*.

Od roku 1900, kiedy Petit[1]) wyhodował z trzech przypadków pełzającego owrzodzenia rogówki nieznane dotąd diplobacylle, poczęły co jakiś czas ukazywać się publikacyę potwierdzające wyniki badań Petita. W owrzodzeniach rogówkowych znalazł drobnoustroje Petita także Mc. Nab[2]) w dwóch przypadkach, które jednakże nie miały znamion owrzodzenia pełzającego. Axenfeld[3]) wyhodował drobnoustroje te z lekkiego zapalenia spojówki u dwóch sióstr.

Jednakże drobnoustroje te przy dłuższem przeszczepianiu zbliżyły się bardzo w swych własnościach hodowlanych do diplobacyllów Moraxa-Axenfelda. Jak wiadomo diplobacylle Axenfelda są nieco dłuższe, rosną w ogóle na pożywkach, które zawierają surowicę, lub płyn wysiękowy z jamy otrzewnowej *(ascites)*, lub z hydrocele, podczas gdy diplobacylle Petita są nieco mniejsze, a hodowle ich udają się na zwykłych pożywkach z łatwością (agar, żelatyna i t. p.). Paul[4]) spostrzegał jeden tylko przypadek owrzodzenia rogówkowego z równoczesnem zapaleniem spojówki na tle prątków Petita.

Nedden[5]) opisuje cztery przypadki owrzodzeń rogówkowych o podobnej etyologii. Z tego w 2-ch przypadkach z pewnością, w 1-m najprawdopodobniej również owrzodzenie wystąpiło po urazie, w jednym zaś istniało obok tego zapalenie jaglicowe i lekka łuszczka, co w znacznym stopniu ułatwia zakażenie. Raz tylko jeden owrzodzenie przybrało charakter pełzający, ale i w tym wypadku było ono atypowe o tyle, że dno owrzodzenia było silnie naciekłe, i że brakowało znamiennego powierzchownego rozszerzania się z jednej a równoczesnego zabliźniania się z drugiej strony owrzodzenia. Podobne zachowanie się owrzodzeń rogówkowych na tle mikrobów Petita, stwierdził także Mc. Nab. Wszystkie przypadki spostrzegane przez Neddena należały do cięższych, z obfitą wydzieliną ropną w przedniej komorze. Nedden sądzi również, że diplobacylle te częściej wywołują owrzodzenia rogówkowe, w przeciwieństwie do prątków Morax-Axenfelda, które pierwotnie w pierwszej linii wywołują zapalenie spojówki. Jako leczenie zaleca atropinę, ciepłe okłady, w cięższych przypadkach przecięcie rogówki według Saemischa. Zalecane przez Axenfelda leczenie cynkiem, nie dało Neddenowi wyraźnych wyników. Leczenie to poleca natomiast gorąco w niedawno ogłoszonej pracy Zade[6]), który spostrzegał 27 przypadków na tle diplobacyllów; z tego trzy wywołane były przez diplobacylle Petita, inne przez typ Morax-Axenfelda. W tych 3-ch przypadkach dwa razy stwierdzono napewno uraz, raz zaś wywiady nic nie wspominają o urazie,

jednakże umiejscowienie owrzodzenia, w obrębie szpary powiekowej, tuż poniżej źrenicy czyni możliwość drobnego urazu, którego chory nie dostrzegł, wielce prawdopodobną. Wszystkie trzy przypadki były dość ciężkie, w 2-ch wyraźne hypopyon, a dno owrzodzenia naciekłe. W jednym spostrzegał autor brzeg owrzodzenia upstrzony, jakgdyby drobniutkiemi perełkami, które się okazały czystemi koloniami diplobacyllów Petita. Na podstawie stosunkowo dość wielkiej liczby tych owrzodzeń wskazuje Zade na pewne momenta znamienne dla owrzodzeń na tle diplobacyllów, jakoto: nacieczenie dna wrzodu więcej szkliste, podobnie jak i brzeg postępujący (o ile mamy do czynienia z tak zwanem *„ulcus serpens“*), również ropa w przedniej komorze ma odcień szarawy, szklisty, w odróżnieniu od owrzodzeń na tle dwoinek zapalenia płuc, które prawie z reguły mają charakter pełzający, a których brzeg postępujący i hypopyon mają odcień więcej żółtawy. Są to jednak na razie jeszcze szczegóły niewystarczające do różniczkowania etyologii, li tylko na podstawie obrazu klinicznego bez współudziału badania bakteryologicznego.

W ostatnich 2-ch latach mogliśmy w klinice krakowskiej spostrzegać 10 przypadków owrzodzeń rogówkowych, wywołanych przez diplobacylle Petita.

Przypadek 1-szy. Maciej D., wyrobnik, lat 46, zgłosił się do kliniki 12. VI. 1907. Podając, że przed tygodniem uderzył się w lewe oko gałązką, że go od tego czasu oko boli, łzawi, ropieje, światło razi. Leczył się przez kilka dni u lekarzy na prowincyi, którzy go wreszcie odesłali do kliniki.

Badanie wykazało: woreczek łzowy wolny, dość obfita spojówkowa wydzielina ropna, w zewnętrznym górnym kwadrancie rogówki wrzód okrągły, średnicy 5—6 mm, o dnie nacieczonem, a brzegach wyniosłych. W przedniej komorze gęste hypopyon 2—2½ mm wysokie. Źrenica dość duża, regularna.

Badanie bakteryologiczne wykazało zarówno w wydzielinie jak i na pożywkach bardzo liczne diplobacylle Petita.

Leczenie: galwanokaustyka, pyoktanina, dionina, opaska

spirytusowa. Naciek bardzo głęboki, sięgający aż do błony Descemeta. Przy przypaleniu następuje punkcikowate przedziurawienie rogówki, przez które wydobywa się na zewnątrz hypopyon.

14. VI. Wrzód oczyszcza się.

Odtąd rozpoczyna się zabliźnianie wrzodu, które w końcu doprowadziło do bardzo zbitego bielma. Chory rozróżnia palce w odległości 4 m. Ponieważ oko było jeszcze nieco zadrażnione, przepisano leki do domu i polecono zgłosić się za dwa miesiące.

Przypadek 2-gi. Jan K., wyrobnik, lat 50, zranił się przed tygodniem, przy robocie gałązką w oko prawe. Od tego czasu oko czerwienieje, łzawi.

Zgłosił się do ambulatoryum klinicznego po raz pierwszy 18. VI. 1907.

Badanie wówczas wykazało: woreczek łzowy wolny, silne przekrwienie spojówki gałki oka prawego, dość znaczna chemoza, na rogówce nieco na zewnątrz od środka wrzód okrągły 2 mm średnicy, o dnie szaro żółtawo nacieczonem, ciecz wodna, mętna, na dnie przedniej komory hypopyon $1\frac{1}{2}$ mm wysokie, rysunek tęczówki zatarty, źrenica nieregularna.

Badanie bakteryologiczne wykazało: w preparacie z nacieku bardzo liczne diplobacylle, tu i ówdzie nieliczne kokki; na pożywkach wyrósł *diplobacillus liquefaciens* Petit i *staphylococcus albus non liquefaciens non pyogenes.*

Leczenie: opłukanie kollargolem, pyoktanina, dionina, *ung. Asc*, opaska spirytusowa. Ponieważ chory pod żadnym warunkiem nie chciał zostać w klinice, ani leczyć się ambulatoryjnie, przepisano mu do domu obmywanie oka kwasem borowym i maść kseroformową z żółtą rtęciową (Pagenstecher) i z kokainą. Polecono nadto udać się do miejscowego lekarza. Chory więcej do kliniki nie przybył.

Przypadek 3-ci. Anna M., lat 37, żona robotnika, zgłosiła się 25. X. 1907 do ambulatoryum klinicznego, ponieważ ją od trzech tygodni lewe oko boli. Doznaje również silnych

bólów głowy. Nie umie podać, czy jej w oko coś wpadło lub czy się w nie uderzyła. Dotąd nie leczona.

Badanie wykazało: w środku rogówki owrzodzenie 5 mm średnicy, dość płaskie, brzeg tego owrzodzenia zwrócony ku nosowi, bardziej nacieкły, wykazuje kilka perełkowatych zgrubień. $\frac{2}{3}$ przedniej komory wypełnia gęsta ropa. Rysunek tęczówki zatarty. Badanie bakteryologiczne stwierdziło w nacieku, a zwłaszcza w perełkowatych zgrubieniach, czystą hodowlę diplobacyllów Petita, co badanie na pożywkach potwierdziło.

Za uciskiem na woreczek łzowy, wydobywa się gęsta ropa, w której badaniem bakteryologicznem znaleziono gronkowce białe, nieropotwórcze i bardzo liczne dwoinki zapalenia płuc; diplobacyllów Petita w wydzielinie worka nie stwierdzono.

Leczenie: przestrzykanie woreczka łzowego borem, kollargolem, na owrzodzenie zastosowano pyoktaninę, dioninę, *ung. Asc*, opaskę spirytusową.

27. X. Owrzodzenie wykazuje dno szarawo-nacieczone, szkliste, brzeg ku nosowi nieco się posunął.

Leczenie to samo.

Odtąd hypopyon zaczyna się zmniejszać, a owrzodzenie oczyszczać, tak, że po 2-ch tygodniach oko wykazuje tylko nieznaczne podrażnienie, a bystrość wzrokowa $= \frac{6}{50}$.

Przypadek 4-ty. Jan J., wyrobnik, lat 27, przybył do ambulatoryum klinicznego 12. XII. 1907. i podał, że od trzech tygodni »z dobrej woli« oko lewe czerwienieje, ropieje, łzawi. Odczuwa rwanie i bóle głowy. *Status praesens.* Oko lewe: łzawienie, spojówka dość silnie przekrwiona, na środku rogówki naciek punkcikowaty, wielkości ziarna maku, na jego powierzchni ubytek, rogówka w okolicy nacieku zmętniona, zresztą dość czysta. Przednia komora miernie głęboka, na jej dnie szarawy, płynny wysięk, $1\frac{1}{2}$ mm wysoki. Rysunek tęczówki nieco mniej wyraźny, źrenica regularna, po atropinie dobrze się rozszerza.

Badanie bakteryologiczne: *Staphylococcus albus n. p. n. l.*, *diplobacillus liquefaciens* Petit.

Leczenie: pyoctanina, dionina, *ung. Asc*, kseroform, opaska spirytusowa, nadto wewnętrznie *natrium salicylicum* na poty.

16. XII. Wrzód oczyszcza się, ropa z przedniej komory znikła, przekrwienie i nastrzykanie spojówki utrzymuje się.

23. XII. Owrzodzenie zabliźnia się, słabe nastrzyknięcie, bystrość wzrokowa lewego oka = $\frac{5}{10}$. Przepisano do domu dyoninę, maść kseroformową rtęciową żółtą i ciepłe okłady.

Przypadek 5-ty. Antoni S., wyrobnik. lat 31, zgłosił się do kliniki 28. II. 1908, podając, że przed dwoma tygodniami zranił go w oko lewe odprysk przy ciosaniu drzewa. Okiem tem ma bardzo mało widzieć.

Status praesens: Woreczek łzowy wolny, spojówka gałki silnie przekrwiona, chemotyczna. Cała prawie powierzchnia rogówki pokryta dość powierzchownym ubytkiem, ale i tak dno owrzodzenia nie jest czyste, pokryte jest szarą szklistą masą, również brzegi owrzodzenia naciekłe dość znacznie Owrzodzenie pozostawia zaledwie wąski brzeg dookoła rogówki niezajętej. W przedniej komorze hypopyon, wypełniające jej dolne $\frac{2}{3}$ części, zakrywa w zupełności źrenicę, ropa dość płynna. Inne szczegóły z powodu rozległości owrzodzenia i znacznego hypopyon niedostrzegalne. W preparacie tartym z owrzodzenia stwierdzono liczne diplobacylle odbarwiające się sposobem Gramma i kilka zaledwie prątków barwiących się Grammem. Badanie na pożywkach przekonało nas, że były to następujące mikroby: *diplobacillus liquefaciens Petit* i *bacillus xerosis*.

Zastosowano: pyoktaninę, dioninę, *ungt. Asc* i *thigenoli*, i założono opaskę spirytusową.

Owrzodzenie poczęło się zwolna od brzegów zabliźniać, a hypopyon z dnia na dzień się zmniejszało, tylko naciek rogówkowy utrzymywał się i pogłębiał, tak, że w samym środku owrzodzenia widać było czarno przeświecającą tęczówkę. Jednakże do przebicia nie przyszło. Naciek oczyszczał się i w końcu ustąpił zupełnie. Rogówka uległa w obwodzie nieznacznemu

spłaszczeniu. W samym jej środku widać trójkątne zmętnienie dość rozległe, do którego dochodzą skąpe naczynia. Ponad tem zmętnieniem zaznacza się górny częściowo wolny brzeg źrenicy. Bystrość wzrokowa + plc z odległ. 3 m. Przepisano do domu maść kseroformową z żółtą i przeznaczono do irydektomii.

Przypadek 6-ty. Agnieszka O., lat 70, żona robotnika, zgłosiła się 16. VI. 1908 do ambulatoryum klinicznego, ponieważ ją oko lewe od 2-ch tygodni boli, zaczerwieniło się, łzawi i rano bywa zalepione. Nie wie, czy jej coś do oka nie wpadło. Dotąd nie leczona.

Przy badaniu okazało się, że za uciskiem na woreczki nic się z nich nie wydobywa. Lewe oko: spojówka miernie przekrwiona, na rogówce nieco poniżej środka ubytek o bardzo silnie naciekłych brzegach. Dno owrzodzenia również naciekłe wypukla się. Górna część rógówki czysta. Przednia komora utrzymana, w niej hypopyon $1\frac{1}{2}$ mm wysokie, barwa tęczówki wysycona, rysunek jej zatarty, kontury źrenicy trochę nieregularne. Wziernikiem można wydobyć odblask różowy, szczegółów dna nie widać. W nacieku ropnym stwierdzono pod mikroskopem prawie czystą kulturę diplobacyllów, a na pożywkach obok bardzo licznych kolonii diplobacyllów Petita, nieliczne tylko nieropotwórcze gronkowce białe.

Leczenie: z powodu znacznie naciekłych brzegów owrzodzenia przystąpiono natychmiast do galwanokaustyki, a potem zastosowano zwykle w podobnych przypadkach używane leki, a więc: pyoktaninę, dioninę, maść *asc* i thigenolową, wreszcie opaskę spirytusową. Owrzodzenie mimo leczenia nie ustępowało, wprawdzie się nie rozszerzało, ale naciek był jeszcze wybitny. Dlatego wykonano 19. VI. po raz drugi galwanokaustykę, poczem sprawa szybko zbliżała się ku zabliźnieniu. W następnym tygodniu naciek prawie zupełnie ustąpił, hypopyon znikło. Jednakże rogówka była na znacznej przestrzeni zmętniona, co znacznie upośledzało bystrość wzrokową. W tym celu wykonano optyczną irydektomię od góry. A gdy ranka pooperacyjna się zabliźniła, gałka tylko lekkie wykazywała podrażnienie przy bystrości wzrokowej $\frac{6}{36}$.

Przypadek 7-my. Franciszka L., lat 48, żona robotnika, przybyła do kliniki 30. VI. 1908 i podała, że ją od 2½ tygodnia oko lewe boli, rano bywa zalepione, światłowstręt. Leczona na prowincyi maścią i kroplami, ale jak dotąd bez skutku.

Status praesens: lewe oko, za uciskiem na woreczek łzowy nic się zeń nie wydobywa. Spojówka silnie przekrwiona, rozpulchniona. Na rogówce tuż obok źrenicy od części skroniowej ubytek niewielki, okrągławy, 3 mm średnicy, o brzegach jakby lekko powyżeranych, ale o dnie silnie szarawo naciekłem. Przednia komora miernie głęboka, na jej dnie hypopyon gęste sięgające do dolnej granicy średnio szerokiej źrenicy. Rysunek tęczówki zatarty, barwa bardziej wysycona, niż barwa tęczówki drugiej.

W preparacie z dna owrzodzenia i na pożywkach stwierdzono czystą hodowlę diplobacyllów Petita.

Opłukano kollargolem i zastosowano leczenie pyoktaniną, dioniną, *ungt. Asc, thigenoli*, opaskę spirytusową.

Ponieważ gęste hypopyon mimo ciepłych okładów nie okazywało skłonności do wessania, wykonano 1. VII. 1908 punkcyę i lekko przypalono dno owrzodzania. Po tym zabiegu przy dalszem stosowaniu powyżej podanego leczenia owrzodzenie się oczyszczało. W końcu pozostało bielmo w zewnętrzno-dolnym kwadrancie rogówki. Bystrość wzrokowa $= \frac{6}{10}$.

Przypadek 8-my. Helena O., lat 58, wyrobnica, przybyła 26. IX. 1908 podając, że jej dwa miesiące temu wpadło ziarno zboża do oka prawego podczas żniw. W trzy dni potem oko się zaczerwieniło i silnie zabolało. Obecnie doznaje silnych bólów głowy. Dotąd nie leczona.

Status praesens: Pro. Spojówka gałki silnie przekrwiona, nastrzyknięcie rzęskowe. Środek rogówki zajmuje owrzodzenie o dnie naciekłem, brzegach nieco podminowanych, naciekłych. Średnica owrzodzenia wynosi 6—8 mm; w przedniej komorze ropa sięga prawie do połowy źrenicy. Tęczówka o barwie bardziej wysyconej i rysunku zupełnie zatartym.

W nacieku ropnym stwierdzono pod mikroskopem bardzo liczne diplobacylle, obok tego nieliczne gronkowce. Na po-

żywkach wyrosły obficie kolonie diplobacyllów Petita i kilka zaledwie kolonii gronkowca nieropotwórczego białego.

Leczenie: *Argent. nitricum* 1°/$_0$ opłukanie solą, *ungtum elektralgoli, injectio elektralgoli* podskórnie, *ungtum Asc*, dionina. Leczenie to stosowano codziennie, poczem, hypopyon poczęło stopniowo znikać, naciek ustępował, i wytwarzało się bielmo nie zupełnie zbite. Chora jednakże musiała opuścić szpital z powodu obowiązków rodzinnych. Przepisano jej do domu *ungtum flavum* (Pagenstecher) i atropinę i polecono jej po kilku tygodniach zgłosić się do kliniki.

Przypadek 9-ty. Aniela G., lat 47, żona wyrobnika, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego 12. X. 1908, ponieważ ją prawe oko od 2-ch tygodni boli, czerwienieje, od kilku dni cierpi również na bóle głowy. Czy jej coś w oko wpadło lub czy się uderzyła nie umie podać. Dotąd nie leczona.

Badanie wykazało, że woreczki łzowe były wolne. Prawe oko: spojówka gałki silnie przekrwiona, w dolno-nosowym kwadrancie ubytek ograniczony, 2½ mm średnicy, o dnie szaro nacieklem, wypuklającem się ku przodowi. Przednia komora miernie głęboka, na jej dnie ślad hypopyon, rysunek tęczówki niewyraźny, barwa znacznie wysycona, źrenica okrągła, regularna, leniwo oddziaływa na światło.

W preparacie przygotowanym z dna ubytku stwierdzono przeważnie same diplobacylle i nieliczne tylko gronkowce. Na pożywkach wyrósł *diplobacillus liquefaciens Petit* i *staphylococcus albus non pyogenes non liquefaciens.*

Leczenie: Dionina, *ungt. Asc,* opaska spirytusowa.

14. X. Silny ból głowy nad okiem.

Owrzodzenie utrzymuje się bez zmiany, również i hypopyon.

Zastosowano leczenie podane przed niedawnym czasem przez R. Dw. Prof. Wicherkiewicza:

Opłukanie, atropina, maść elektralgolowa, opaska spirytusowa.

17. X. Lekkie tylko zaczerwienienie spojówki gałki, wydzielina skąpa, naciek ustąpił, w miejscu ubytku szara plamka,

w samym środku nieco bardziej wysycona. Hypopyon znikło, jak również zapalenie tęczówki.

Chora musiała odjechać do domu. Przepisano jej: dioninę 10%, maść kseroformową z żółtą i polecono stosować ciepłe okłady.

Przypadek 10 ty. Agata L., lat 50, żona fornala, skarży się od lat 4-ch na łzawienie oka lewego. Przed dwoma tygodniami czemś zaprószyła oko to podczas rwania grochu. Od tego czasu puchnie, boli, czerwienieje, tak, że prawie nic już nie widzi. Do tego przyłączyły się w ostatnich dniach silne bóle głowy, co ją 13. X. 1908 sprowadziło do kliniki.

Status praesens: oko prawe: za uciskiem na woreczek wydobywa się nieco cieczy mętnej, śluzowej. Brzegi powiek zaczerwienione, spojówka powiek silnie przekrwiona, rozpulchniona. Mierna ilość ropnej wydzieliny. Spojówka gałki silnie przekrwiona, nastrzyknięcie rzęskowe. Na środku rogówki ubytek, 5 mm średnicy, o dnie dość głęboko szaro nacieczonem. Przednią komorę wypełnia więcej niż do połowy płynne hypopyon. Od góry ponad hypopyon widać tylko górny brzeg źrenicy, tęczówka barwy bardziej wysyconej, o rysunku niewyraźnym.

Badaniem drobnowidowem stwierdzono w nacieku prawie czystą hodowlę diplobacyllów, a na pożywkach wyrosły liczne kolonie diplobacyllów Petita, obok kilku zaledwie kolonii gronkowca nieropotwórczego białego. W wydzielinie worka łzowego diplobacyllów nie stwierdzono, były tam natomiast obfite gronkowce białe, złote i bakterye kserozy.

Leczona elektralgolem; opuściła szpital na własne żądanie. Bielmo zajmowało środek rogówki, obwód rogówki czysty. Polecono jej zgłosić się po pewnym czasie do operacyi.

Jak z powyższego zestawienia widać, owrzodzenia te wydarzyły się u 4-ch mężczyzn i 6-ciu kobiet. Wszyscy chorzy byli przeważnie starsi, około lat 50, z wyjątkiem 2-ch mężczyzn, z których jeden miał lat 27, drugi 31. We wszystkich również wypadkach mieliśmy do czynienia ze słabszem, lub

silniejszem zapaleniem tęczówki i z wysiękiem ropnym do przedniej komory. Hypopyon to było bardzo rozmaitej wielkości, począwszy od drobnego, ledwie dostrzegalnego pasemka ropnego, na dnie przedniej komory, a skończywszy na znacznym wysięku zajmującym prawie całą przednią komorę. We wszystkich przypadkach zabarwienie ropy miało odcień szarawy, czasem tylko z lekką przymieszką barwy żółtej i robiło wrażenie szklistej masy (Zade). Co się tyczy samego ubytku rogówkowego, to rozmiary jego były bardzo różne. Zdarzało się, że owrzodzenie było bardzo drobne, bo zaledwie 2 mm średnicy; jednakże należało to do rzadkości. W przeważnej ilości przypadków były to same ubytki rozległe, zajmujące prawie we wszystkich razach środek rogówki, lub przynajmniej jej część położoną w obrębie szpary powiekowej. Jako przyczynę stwierdzono z wszelką pewnością w 5-ciu przypadkach uraz, w drugich 5-ciu nie można się było z wywiadów dowiedzieć, czy uraz miał miejsce, jednakże samo umiejscowienie tych owrzodzeń w obrębie szpary powiekowej czyni możliwość urazu, jako momentu wyzwalającego owrzodzenie, bardzo prawdopodobną. W 8-u przypadkach badanie wykazało, że woreczki łzowe były wolne, za uciskiem na nie nic się z nich nie wydobywało, a woda przestrzyknięta przez przewódkę łzową dolną z łatwością przechodziła do nosa. W 2-ch tylko przypadkach mogliśmy stwierdzić ropne zapalenie woreczka łzowego z obfitą wydzieliną. Jednakże badaniem bakteryologicznem nie stwierdzono w żadnym z tych dwóch przypadków diplobacyllów Petita (które obficie udało się wyhodować z nacieku rogówkowego), jeno gronkowce białe i złote, dwoinki zapalenia płuc i bakterye kserozy, chociaż badano kilkakrotnie, a do badania używano czułych pożywek. W 2-ch przypadkach owrzodzenie przypominało swym wyglądem »*ulcus serpens*« o tyle, że brzeg jeden postępował i był wybitnie naciekły, że szybko przyszło do wystąpienia objawów zapalnych ze strony rogówki i znaczego wysięku ropnego do przedniej komory. Jednakże oba te przypadki nie miały wszystkich cech znamiennych dla tej postaci owrzodzenia, po-

nieważ brak było zabliźniania się z jednej strony przy równoczesnem postępowaniu z drugiej; a nadto drugi ważny szczegół przemawiający za atypowością, że dno owrzodzeń było wybitnie nacieczone, przez co traciły one swój powierzchowny pełzający charakter. W 4-ch przypadkach naciek zniszczył znaczną część warstw rogówki, aż do samej błony Descemeta. W 2-ch przypadkach dno owrzodzenia wypukłało się ku przodowi.

Przypadek 3-ci podobny jest do pierwszego, opisanego przez Zadego, pod względem wyglądu klinicznego.

Podobnie jak on i my znaleźliśmy głębokie nacieczenie owrzodzenia w kilku warstwach, a brzegi ubytku wyniosłe, składające się z całego szeregu drobnych wyniosłości na kształt perełek, obok siebie ułożonych. Jak badaniem mikroskopowem stwierdziliśmy, perełki te tworzyły czyste hodowle prątków Petita.

Streszczając pokrótce wyniki naszych spostrzeżeń, dochodzimy do wniosku, że na podstawie dotychczasowych badań, bądźto innych autorów (Petit, Morax-Axenfeld, Nedden, Mc. Nab, Paul, Zade), bądźto naszych spostrzeżeń, nie możemy wnosić o istnieniu diplobacyllów Petita w owrzodzeniu rogówkowem na podstawie samego przebiegu klinicznego.

Byliśmy pod tym względem tego samego zdania, co Zade, że są pewne szczegóły (szara barwa i wygląd szklisty nacieczenia ubytku i hypopyon), pozwalające nam odróżnić owrzodzenie wywołane przez diplobacylle od ubytków na tle dwoinek zapalenia płuc, ale są to szczegóły jeszcze niewystarczające, co zresztą potwierdza Zade, skoro pisze: »W ostatnich czasach staraliśmy się... jeszcze przed badaniem bakteryologicznem na podstawie klinicznego wyglądu owrzodzenia, postawić przypuszczalne rozpoznanie etyologiczne, a zwłaszcza rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z diplobacyllami, czy z dwoinkami płuc. Przytem jeszcze nie doszliśmy do tego, aby w każdym wypadku prawdziwe postawić rozpoznanie, przeciwnie, często następowało rozczarowanie«.

Podobnie zapatruje się także Agricola[7]), że na razie nie można jeszcze określić specyalnego typu dla ubytków rogówkowych na tle diplobacyllów.

Spostrzeżenia nasze zgadzają się ze spostrzeżeniami Neddena i Mc. Naba, a po części i Zadego wbrew zdaniu Petita, który w 3-ch przez siebie opisanych przypadkach niezauważył zapalenia tęczówki, chorzy jego nie skarżyli się na światłowstręt, ani na bóle.

Podobnie jak ci trzej autorowie mieliśmy i my we wszystkich naszych przypadkach zajęcie tęczówki, z wyraźnymi objawami zapalenia (czasem ze współudziałem ciałka rzęskowego) a w większej części przypadków chorzy nasi skarżyli się na ból oka, głowy i na światłowstręt. Brak zatem tych szczegółów nie jest znamiennym dla owrzodzeń na tle diplobacyllów.

Skąd się biorą diplobacylle w owrzodzeniach rogówkowych? Na podstawie swych badań dochodzą Nedden i Zade do zapatrywania, które już dawniej wypowiedzieli inni autorowie (Axenfeld, Bakteriologie in der A. str. 148, Plaut Zelewski, Erdmann i inni), że w nierzadkich przypadkach znachodzą się diplobacylle w worku spojówkowym w niewielkiej ilości, jako saprofyty, albo, że istnieją bardzo słabe stopnie zajęcia spojówki, bez wyraźnych objawów zapalenia, że jednakże wystarczy drobne zranienie nabłonka rogówkowego, ażeby drobnoustroje te mogły weń wniknąć i tutaj się rozmnożyć.

Czy mikroby te same zdolne są do przedostania się przez nienaruszony nabłonek rogówkowy do jej miąższu, czy też koniecznem do tego jest naruszenie całości nabłonka zapomocą urazu, czy wreszcie toksyny diplobacyllów zdolne są do zniszczenia komórek nabłonkowych i utorowania sobie w ten sposób drogi w głąb tkanki rogówkowej, tego na razie na podstawie dotychczasowych badań ostatecznie rozstrzygnąć nie można.

I nam wydaje się najprawdopodobniejszem, że nie rzadko mikroby te żyją w niewielkiej ilości saprofitycznie na spo-

jówce, że jednakże koniecznym jest uraz, ażeby przyszło do owrzodzenia. I nam wydaje się słuszniejszem zdanie Neddena (chociaż Petit wyraźnie nadmienia, że w jego przypadkach nie było urazu), że umiejscowienie owrzodzenia, w obrębie szpary powiekowej, więcej w środkowych częściach rogówki, przemawia raczej za mechanicznym urazem, bo, gdyby diplobacylle znajdujące się na spojówce zdolne były same stworzyć sobie przystęp do miąższu rogówki, to ubytki powstawałyby chyba częściej przy brzegu rogówko-twardówkowym.

Sądząc z naszych przypadków możemy się przyłączyć do zdania Neddena, że *diplobacillus* Petita jest dla rogówki bardzo groźnym, albowiem prawie we wszystkich 10-ciu naszych przypadkach schorzenia rogówki były ciężkie i występowały w połączeniu z zapaleniem tęczówki, głębokim naciekiem ropnym w rogówce i znaczną wydzieliną ropną w przedniej komorze. Dziwnym i dotąd niewytłumaczonym jest nam przypadek 3-ci, w którym przyszło do owrzodzenia rogówki przy istniejącem zapaleniu ropnem woreczka łzowego, przyczem w ropie woreczka łzowego znaleźliśmy bardzo liczne dwoinki zapalenia płuc, podczas gdy w nacieku rogówkowym mikrobów tych zupełnie nie mogliśmy dostrzedz, a tylko same diplobacylle. Dziwi nas to dlatego, że we wszystkich przypadkach owrzodzeń rogówkowych, z równoczesnem zapaleniem woreczka łzowego, zawsze stwierdzaliśmy w nacieku rogówkowym dwoinki zapalenia płuc, jeśli tylko znajdywały się one w wydzielinie worka; dziwi nas tembardziej, ponieważ wiemy, jak chętnie mikroby te w rogówce się sadowią. W naszym zaś wypadku w worku łzowym były dwoinki zapalenia płuc, w owrzodzeniu zaś rogówkowem tylko diplobacylle, których natomiast nie było w ropie z woreczka (ani w preparatach, ani na pożywkach). Czy nie należałoby zatém na podstawie tego faktu przyjąć z Neddenem silniejszego powinowactwa diplobacyllów Petita do rogówki?!

Jako swoiste leczenie zapaleń spojówkowych, a także i ubytków rogówkowych, sprwodowanych przez diplobacylle, poleca Axenfeld cynk. Tę samą terapię stosowali z pomyśl-

nym skutkiem Agricola, Zade, a Stöwer[8]) w wyjątkowych tylko przypadkach musiał ponadto uciekać się do galwanokaustyki. Natomiast występuje przeciwko temu leczeniu Nedden, który w przypadkach owrzodzeń rogówkowych na tle prątków Petita, nie widział wyraźniejszego dodatniego wpływu cynku.

W przypadkach naszych stosowaliśmy pyoktaninę w sposób polecony przez R. Dw. Prof. Wicherkiewicza[9]) i tylko w wyjątkowych przypadkach stosowaliśmy galwanokaustykę, ewentualnie wykonywaliśmy paracentezę rogówki, o ile hypopyon mimo ciepłych okładów nie okazywało skłonności do wessania. Sposób ten dawał zupełnie zadawalniające wyniki. W ostatnich 3-ch przypadkach stosowaliśmy maść elektralgolową (naturalnie obok atropiny i ciepłych okładów), który to środek okazał się bardzo dobrym lekiem na owrzodzenia rogówkowe. Dokładniejsze badania nad znaczeniem tego środka w okulistyce są w toku, a szerszy opis jego wpływu przekraczałby granice niniejszego artykułu.

Badania bakteryologiczne, przeprowadzaliśmy zawsze w następujący sposób: najpierw opłukano dokładnie worek spojówkowy, o ile na owrzodzeniu znajdowały się cząstki wydzieliny spojówkowej, usunięto je delikatnie zapomocą waty, a następnie wzięto zapomocą maleńkiej łopatki platynowej odrobinę z nacieku owrzodzenia*). Z tego przygotowano następnie preparaty tarte i hodowle na surowicy i agarze. Potem dopiero przeszczepiano wyhodowane prątki na rozmaite pożywki, jak: bulion, ziemniak, żelatyna i t. d. Preparaty barwiono stale sposobem Gramma, a nadto różnymi barwikami anilinowymi. Pod mikroskopem spostrzegano w preparatach przygotowanych bezpośrednio z nacieku ciałka ropne, czasem komórki przybłonkowe, diplobacylle krótkie, przeważające ilościowo, odbarwiające się sposobem Gramma, obok tego znaj-

*) W kilku przypadkach badano wydzielinę spojówkową przed opłukaniem, ale w żadnej nie spotkano diplobacyllów.

dywały się nieliczne kokki, ułożone w gromadki i również nieliczne prątki, tu i ówdzie jak gdyby poprzerywane, niekiedy wykazujące na końcach zgrubienia maczugowate. Zarówno kokki, jak i te prątki barwiły się sposobem Gramma. Na pożywkach wyrastały w kilku przypadkach czyste hodowle diplobacyllów*), czasem obok nich nieliczne kolonie gronkowca białego, nieropotwórczego, lub bakteryi i kserozy. Na podstawie samego preparatu z nacieku, z olbrzymią przewagą diplobacyllów i z wyniku szczepienia na pożywkach, prawie że niema wątpliwości, że właśnie diplobacylle były czynnikiem etyologicznym we wszystkich naszych 10-u przypadkach.

Poniżej podajemy zachowanie się diplobacyllów na różnych pożywkach:

na agarze skośnym tworzą zbite, okrągłe, szare kolonie, lekko ponad poziom agaru wystające, lekko ziarniste, o brzegach gładkich;

bulion ulega lekkiemu zmętnieniu, bez wytworzenia się błonki;

w kropli wiszącej nieruchome;

mleka nie ścinają;

ziemniak pokrywają śmietankowatym, lekko-żółtawym nalotem;

na płycie żelatynowej tworzą kolonie szarawe, wilgotne, szybko rozpuszczające żelatynę;

wkłute w żelatynę rosną w górnej części kanału, tworząc lejek zagłębiający się coraz bardziej w pożywkę, w miarę jej rozpuszczania.

Witek, zarodników, ani otoczek nie spostrzegaliśmy, reakcyi indolowej nie dają, rosną tylko w dostępie powietrza. W kilku wypadkach zauważyliśmy po tygodniu (zwłaszcza w hodowlach agarowych kłutych), tworzenie brunatnego barwika; ilość barwika w starszych koloniach była znaczniejsza, a po dwóch

---

*) Diplobacylle z kolonii były nieco większe od diplobacyllów znajdujących się w nacieku, ale z reguły nie posiadały tych rozmiarów, co diplobacylle Moraxa-Axenfelda.

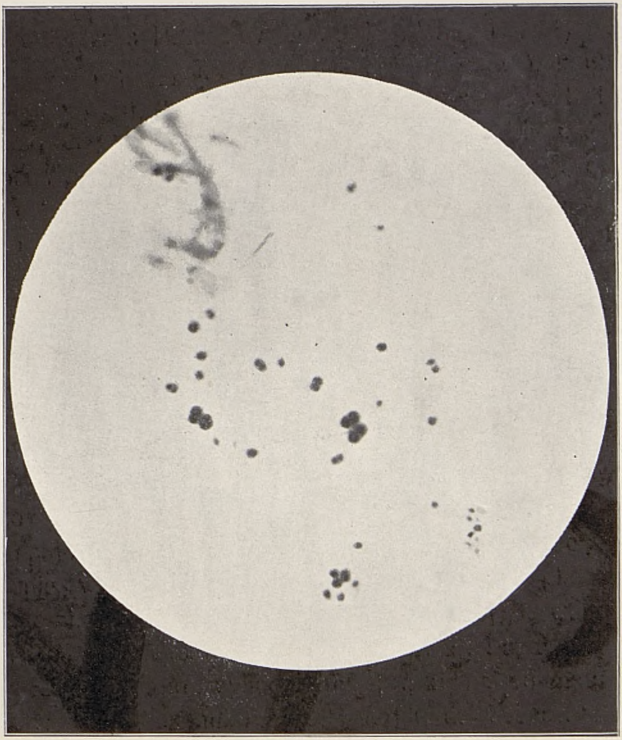


Fig. 1.

Staphylococcus pyogenes aureus sarciniformis. Preparat z nacieku.
Powiększenie 1500 razy.

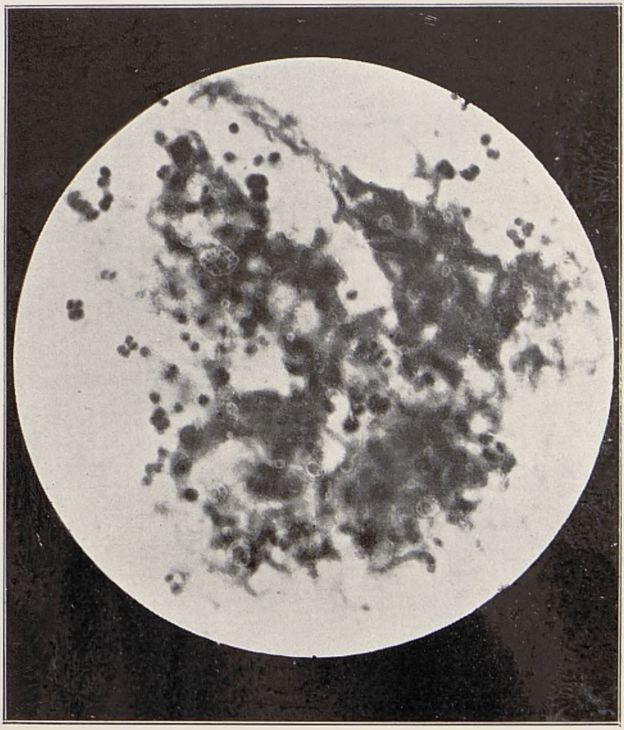


Fig. 2.

Staphylococcus pyogenes aureus sarciniformis. Preparat z nacieku. Powiększenie 1500 razy.

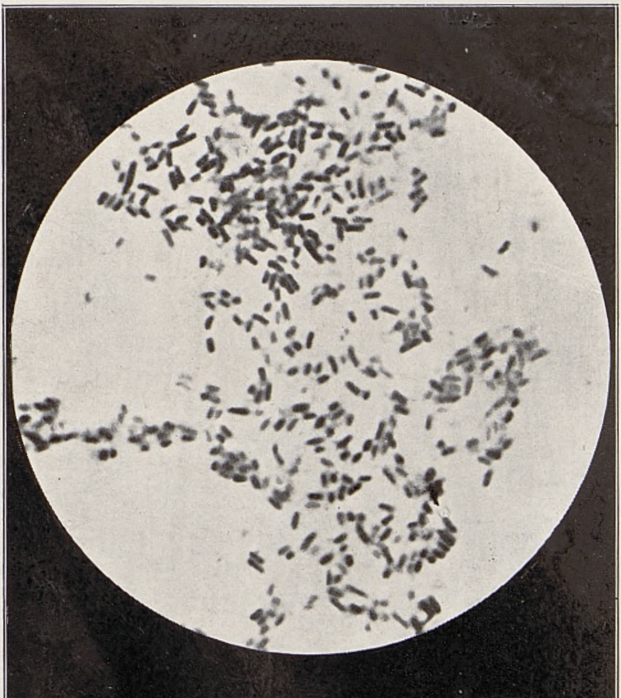


Fig. 3.

Prątki wyhodowane z owrzodzenia rogówki. 24-godz. hodowla agarowa. Powiększenie 1500 razy.

tygodniach widać było wybitną obręcz brunatną dookoła kolonii. Podobne tworzenie barwika spostrzegał już Nedden i Mc. Nab. Wstrzyknięte morskiej śwince, albo królikowi w rogówkę, lub podspojówkowo, wywołują silne objawy podrażnienia (zmętnienie całej rogówki, silne nastrzyknięcie spojówki), które jednak przechodzą bez pozostawienia zmian stałych. Na podstawie powyższych znamion mieliśmy zakażenie spowodowane przez prątki: *diplobacillus liquefaciens Petiti.*

Hodowle tych diplobacyllów przeszczepialiśmy kilkakrotnie przez szereg miesięcy, mimo to nie zatraciły charakterystycznych swych znamion, jak: wzrost na agarze zwykłym, ziemniaku, żelatynie.

Dlatego przyłączamy się do zdania Neddena i innych, że diplobacylle Petita są pokrewne diplobacyllom Moraxa-Axenfelda, jednakże nie należy dwóch tych odmian identyfikować.

II. Owrzodzenia rogówkowe wywołane przez gronkowce złote, podobne do sarciny.

Gronkowiec złoty odgrywa ważną rolę etyologiczną w owrzodzeniach rogówkowych; wywołuje on zazwyczaj nacieki ropne, z wydzieliną ropną do przedniej komory, lub bez niej. Ubytki te jednak z reguły nie przybierają charakteru pełzającego (*ulcus serpens*).

Uhthoff i Axenfeld[10]) badali 69 przypadków zapalenia ropnego rogówki z hypopyon, z tego tylko w 4-ch przypadkach, nie wykazujących znamion »*ulcus serpens*«, skonstatowali gronkowce. Bach[11]) i Neumann[12]) w 29 przypadkach znaleźli 4 razy gronkowce w większej ilości. Dötsch[13]) badał bakteryologicznie 63 przypadków *ulcus serpens*, w żadnym z nich nie mógł wykazać gronkowców.

Podobny wynik miał Hertel[14]) w 18-u badanych przypadkach. Römer[15]) w 80-ciu przypadkach stwierdził 95% dwoinki zapalenia płuc, w pozostałych 5% inne mikroby. Schmidt[16]) w 32 przypadkach ani razu nie spotkał się

z gronkowcami, Paul[17]) badał 87 przypadków; znalazł gronkowce, nie pisze jednak, czy były to ubytki pełzające. Salwaneschi[18]) znalazł w 34 przypadkach tylko trzy razy gronkowce, ale z pracy jego niewiadomo, czy były to typowe wrzody pełzające Meyer[19]) badał 95 przypadków *ulcus serpens*, a 66 atypowych owrzodzeń rogówkowych z hypopyon. Z tego tylko dwa razy stwierdził gronkowce złote jako czynniki etyologiczne atypowego owrzodzenia. Wreszcie ogłosił Tschirkowsky[20]) przypadek atypowego zapalenia rogówki z hypopyon, z kliniki profesora Axenfelda, w którym stwierdził obecność gronkowca złotego, podobnego do sarciny. Było to atypowe zapalenie rogówki z hypopyon, z silnym naciekiem rozprzestrzeniającym się na większą część rogówki. Keratotomia wykonana sposobem Saemischa nie zupełnie doprowadziła do skutku, w obrębie nacieku wytworzył się sekwestr rogówkowy, który odpadł, pozostawiając otwór 5 mm szeroki, przez który widać było przednią powierzchnię soczewki. Przystąpiono do plastyki spojówkowej, która się przyjęła, ale po której przyszło do objawów jaskry następowej. Wykonano irydektomię. Chory liczył palce.

Badanie bakteryologiczne preparatów przygotowanych wprost z nacieku, wykazało bardzo obfite kokki różnej wielkości, a w wielu miejscach nadto wielkie twory, przypominające sarcinę, barwiące się sposobem Gramma. Dokładne badanie na pożywkach wykazało, ze były to gronkowce złote, które przybrały tę niezwykłą postać.

Zupełnie podobny przypadek spostrzegaliśmy w klinice krakowskiej u 38-letniej żony robotnika, Karoliny S., która zgłosiła się do ambulatoryum 3. VII. 1908 r. i podała, że ją przed 9 dniami prawe oko rozbolało »samo z siebie«, że od tego czasu ból coraz bardziej się wzmaga, oko ropieje. Od kilku dni ma cierpieć na silne bóle głowy. Urazu podobno nie doznała.

Badanie wykazało: spojówkę gałki silnie zaczerwienioną, rozpulchnioną, na rogówce prawie w środku, nieco tylko ku nosowi i ku górze ubytek o dnie żółtawo-naciekłem, o brze-

gach nierównych, jak gdyby powyżeranych, nieco nacieczonych i wyniosłych. W przedniej komorze widać było wypocinę ropną wysokości 1 mm. Barwa tęczówki była bardziej wysyconą, rysunek jej niewyraźny, źrenica węższa od drugiej, na światło słabo oddziaływała. Po atropinie miernie się tylko rozszerzyła.

Rozpoznano: *ulcus corneae centrale hypopyon, iritis oculi dextri.*

Leczenie: pyoktanina, dionina, *ungtum Asc*, ciepłe okłady.

5. VII. Podrażnienie bardzo znaczne, owrzodzenie bez zmiany, hypopyon $1\frac{1}{2}$—2 mm.

9. VII. Nastrzyknięcie spojówki nieco mniejsze, naciek rogówki mniej wybitny, hypopyon się zmniejsza.

Odtąd owrzodzenie poczęło się oczyszczać, w kilka dni hypopyon znikło zupełnie, objawy zapalenia tęczówki ustąpiły, na rogówce wytworzyła się blizna, tak, że można było chorej przepisać leczenie do domu (dionina, maść rtęciowa żółta).

Bystrość wzrokowa $\frac{6}{24}$. Chorej polecono zgłosić się po pewnym czasie.

Badanie bakteryologiczne wykazało w preparacie z nacieku ciałka ropne, bardzo wielką ilość kokków, bądźto pojedynczych, bądźto po dwa w postaci bułeczek obok siebie ułożonych, tu i ówdzie występujących całemi gromadami. Oprócz tego widać było rozrzucone twory postacią przypominające sarciny (Fig. 1), ułożone nie tylko w tetrady, ale czasem tworzące całe pakiety (Fig. 2). Wszystkie te mikroby barwiły się sposobem G r a m m a.

Tak jak T s c h i r k o w s k y i my przypuszczaliśmy zrazu zakażenie mieszane, ale taksamo jak i on pamiętaliśmy o badaniach S t u b e n r a t h a [21]), M i g u l i [22]) i N e u m a n n a [23]), a zwłaszcza o jego własnych spostrzeżeniach, które nasuwały myśl, że mamy tu do czynienia z tą niezwykłą postacią gronkowca i dlatego przystąpiliśmy do badań na pożywkach.

Z nacieku przygotowano p ł y t k i a g a r o w e i wstawiono do termostatu (38°). Po 24 godzinach zauważono liczne, okrągłe, gładkie, błyszczące kolonie, lekko nad poziom wystające,

o brzegach ostro-ciętych, gładkich, szaro-żółte, które w następnych dniach przybierały odcień pomarańczowy. Wszystkie kolonie miały wygląd jednakowy. Pod mikroskopem, w preparacie z kolonii, widać było kokki, wykazujące morfologicznie cechy gronkowców.

Z kolonii agarowych przygotowano cały szereg kulkur na różnych pożywkach:

bulion mętnieje jednostajnie, na dnie osad mierny kłaczkowaty;

woda peptonowa podobnie jak bulion jednostajnie zmętniona, wykazuje na dnie nieznaczny osad;

na ziemniaku szaro-żółty nalot;

wkłuty w agar rośnie wzdłuż kanału, tworząc na powierzchni płaską kolonię;

w agarze cukrowym rośnie bez wytworzenia gazu:

na płytce żelatynowej widać po 48 godzinach kolonie okrągłe, gładkie (przy większem powiększeniu lekko ziarniste), żółtawe, żelatyna ulega rozpuszczeniu. Po 72 godzinach kolonie się zlewają;

wkłuty w żelatynę rośnie wzdłuż całego kanału, rozpuszczając pożywkę w postaci lejka. Po 3-ch dniach pożywka staje się zupełnie płynną;

w odwarze siana jednostajne zmętnienie.

W preparatach z odwaru siana widać obficie postacie, podobne do sarciny, jakie spostrzegaliśmy w nacieku.

Z odwaru siana przeszczepiliśmy hodowlę na agar zwykły; na nim wyrosły obfite kolonie gronkowca złotego, wszystkie o jednakowym wyglądzie, a w preparacie z tych kolonii były znowu zwykłe gronkowce. Czasem udało się zauważyć w preparacie z jednej i tej samej kolonii, obok okrągłych ziarenek postacie podobne do sarciny, ale nigdy niezauważono w żadnej z wielu badanych kolonii, tylko same formy sarcinowate. Reakcya indolowa słabo zaznaczona. Na surowicy rośnie dobrze, nie rozpuszczając pożywki.

Celem przekonania się o jadowitości tych mikrobów wstrzyknięto 7. VII. $\frac{1}{10}$ cm^3, 24-godzinnej hodowli bulionowej

w przednią komorę oka prawego morskiej świnki (morska świnka η).

8. VII. Obfita wydzielina śluzowo-ropna, spojówka gałki i powiek obrzękła, zaczerwieniona, w około rogówki chemoza. Cała rogówka o powierzchni jakby suchej, nakłutej, silnie nacieczona, zwłaszcza obwodowo, w postaci pierścienia $1\frac{1}{2}$—2 mm szerokiego. Na dnie przedniej komory hypopyon $1\frac{1}{2}$ mm wysokie.

9. VII. Zapalenie ropne całej gałki (*Panophthalmitis*). Z ropy wyhodowano czystą hodowlę gronkowca złotego.

Z badań Lingelsheima[24]) wiadomo, jak różnej wielkości mogą być gronkowce i że sprawa ta w przeważnej części zależy od pożywki. Wiadomo również, ze istnieje cały łańcuch przejść pomiędzy ziarenkowcami a sarcinami. Co więcej, udało się nawet przeprowadzić mikrokokki w kształty sarciny (Stubenrath, Migula, Lehman i Neumann) Takiej przemiany gronkowców w sarciny nie udało się dokonać ani Tschirkowskiemu, ani nam.

W obu zatem tych ostatnich przypadkach mamy do czynienia tylko z pewnem zbliżeniem się do typu sarciny. Przypadek nasz jest zatem drugim, który wykazuje, że i gronkowiec ropotwórczy złoty, może przybrać postać zbliżoną do sarciny i, że nie możemy li tylko na podstawie obecności podobnych form w preparacie wnosić o zakażeniu mieszanem.

W przypadku Tschirkowskiego napotykamy wzmiankę o urazie jako o bezpośredniej przyczynie wywołującej ubytek, w naszym wypadku dowiadujemy się z wywiadów, że chora urazu nie miała doznać, jednakże umiejscowienie owrzodzenia w środkowej części rogówki, w obrębie szpary powiekowej, naprowadza na myśl, że prawdopodobnie miał miejsce, i w tym wypadku uraz, lecz tak nieznaczny, że nie zwrócił uwagi chorej, ale wystarczający, by mikroby utorować drogę w głąb tkanki rogówkowej.

Trudno nam w końcu nie wspomnieć i o tem, co się musi nasunąć zwłaszcza, po samem tylko obejrzeniu mikrofotogramów z wydzieliny danego owrzodzenia. Możnaby myśleć,

że zachodził tu wypadek botryomykozy. Botryomykoza [Flügge: Mikroorganizmem] znaną jest jako choroba koni. Występuje ona po kastracyi w formie kul w sznurze nasiennym, czasem jednak napotykano je w skórze, w płucach i innych narządach. Charakterystyczną cechą tego chronicznego cierpienia są ziarniny bez wytworzenia ropy. Badania bakteryologiczne wykazały istnienie mikrobów postacią zbliżonych do gronkowców i sarcyn. Mikroby te odznaczają się zdolnością wytwarzania kulek w organizmie, wielkości ziarenek piasku. Ziarenka te są otoczone galaretowatą osłonką, która łatwo pęka, poczem zawartość ich wydobywa się na zewnątrz w postaci zbliżonej do gronkowców lub sarcyn. Kulturalnie, na pożywkach stale po zaszczepieniu wyrasta gronkowiec złoty, który jednak nie zmętnia bulionu, ale tworzy tylko na dnie pomarańczowy osad. Można by więc sądzić, że w naszym przypadku także ziarenka botryokokków uległy zgnieceniu i stąd pochodzą kształty spostrzegane w preparatach. Dlatego musimy kilku choćby słowami sprawę tę oświetlić.

Botryomykozę spostrzegał na rogówce Bargeton (*Un cas de la botryomykose de la cornée.* Thèse de Lyon 1905), jako zmianę występującą w postaci tumoru o szerokiej szypule unaczynionej, składającego się z tkanki ziarninowej.

Sprawa miała być chroniczna, bez wytworzenia ropy. U nas i u Tschirkowskiego nie było żadnych guzów, nie mogliśmy spostrzegać żadnych ziarenek, sprawa była ostra, ropna. Gronkowiec wyhodowany z naszego ubytku obok osadu na dnie naczynia ponadto zmętniał bulion w całości jednostajnie.

III. **Owrzodzenia rogówkowe wywołane przez prątki odbarwiające się sposobem Gramma*).**

Pomijając owrzodzenia wywołane przez diplobacylle Moraxa-Axenfelda i Petita, istnieją w literaturze bardzo

*) Spis literatury odnośnej patrz: Axenfeld: Bakteriologie in der Augenheilkunde (Cornea) Jena 1907.

nieliczne spostrzeżenia traktujące o ubytkach rogówkowych na tle prątków odbarwiających się sposobem Gramma.

Tutaj należy przedewszystkiem zaliczyć spostrzeżenia Gourfeina, który w typowym przypadku *ulcus serpens* stwierdził prątki Friedländera. Bakterye influency wykazał Doetsch, Nedden i inni; bakterya błękitnej ropy Gallenga, Bietti, Mc. Nab, de Bernardinis, Szczybalski, D. Smith; Krüger stwierdził prątki podobne do *b. proteus*, Bach i Neumann krótkie laseczniki, których jednak autorowie dokładnie nie opisują.

Wspominamy tylko o tych spostrzeżeniach w krótkości dlatego, ponieważ mają one pewne podobieństwo do przypadku, który przed niedawnym czasem mogliśmy w krakowskiej klinice spostrzegać.

2. VII. 1908 zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego Maryanna M., 48 lat licząca, żona rolnika i podała, że ją od 3-ch tygodni prawe oko boli, czerwienieje, łzawi, światło razi; dotąd nie leczona; czy się w nie uderzyła, lub czy jej w nie co wpadło, nie umieć podać; tyle tylko pamięta, że po trzech dniach »pokazała się na oku biała perełka«.

Status praesens: spojówka silnie przekrwiona, nastrzyknięcie rzęskowe; na rogówce poniżej środka ubytek 5 mm średnicy, dno jego wypuklone, w postaci przeświecającej bańki, Przednia komora miernie głęboka, na dnie hypopyon 1 mm wysokości. Rysunek tęczówki nieco zatarty.

Rozpoznano: *ulcus corneae paracentrale, descemetokele, hypopyon, iritis oc. dextr.*

Leczenie: pyoktanina, dyonina, *ungium Asc*, opaska spirytusowa.

5. VII. Owrzodzenie nieco się rozszerzyło, bóle głowy utrzymują się.

19. VII. Spojówka jeszcze przekrwiona, nastrzykanie rzęskowe znacznie słabsze. Owrzodzenie rogówkowe bliznowacieje, przypłaszcza się, dno jego lśniące wykazuje tylko lekkie nierówności. Również rysunek tęczówki nieco wyraźniejszy.

24. VII. Na rogówce plama wielkości 4—5 mm zajmuje jej środek i dolną część, oko jeszcze lekko podrażnione.

Bystrość wzrokowa: chora liczy okiem prawem palce z odległości 5 m.

Przepisano jej leczenie (dionina, żółta maść rtęciowa) do domu i polecono po pewnym czasie zgłosić się do operacyi.

Badanie bakteryologiczne wykazało w preparacie z nacieku wziętego z brzegu owrzodzenia ciałka ropne, nieliczne ziarenkowce barwiące się Grammem, prócz tego były przeważające ilościowo prątki odbarwiające się sposobem Gramma, o brzegach zaokrąglonych, różnej wielkości. Wydzielinę przeszczepiono na surowicę, i na agar, na których wyrosły obok kilku kolonii gronkowców liczne kolonie drobnoustrojów morfologicznie wykazujących te same znamiona, co prątki w preparacie z nacieku.

Mikrob ten stanowi prątki różnej wielkości od 1—5 μ długości, a 07—08 μ szerokości, o brzegach zaokrąglonych, czasem układa się w diplobacylle, odbarwia się szybko sposobem Gramma (Fig. 3).

W kropli wiszącej wykazuje wybitne własne ruchy, daje wyraźną reakcyę indolową. Zarodników nie tworzy, na końcu daje się zauważyć słabo zaznaczona jedna witka.

Na agarze tworzy po 24 godz. w termostacie (38^0 C.) kolonie okrągłe, lekko ponad poziom wyniosłe, gładkie, lśniące, przeświecające, jakby krople śluzu, o brzegach gładkich, ostro ciętych;

bulion ulega w całości zmętnieniu, na dnie tworzy się nieznaczny osad kłaczkowaty, a po 48 godz. daje się zauważyć na powierzchni dosyć zbita, biaława błonka;

w wodzie peptonowej 2% zachowuje się podobnie jak w bulionie;

w hodowli agarowej kłutej rośnie wzdłuż całego kanału, tworząc na powierzchni płaską kolonię;

w agarze cukrowym rośnie nie tworząc gazu;

mleka nie ścina;

na ziemniaku obfity nalot, szarawo-żółty, wilgotny;

na surowicy kolonie białawe, nierozpuszczające podłoża;

w hodowli żelatynowej kłutej rośnie wybitnie, żelatyna nie ulega rozpuszczeniu;

na płytce żelatynowej dają się zauważyć po 48 godz. kolonie gładkie, okrągłe, o brzegach ostro ciętych, nie rozpuszczają żelatyny.

Aby się przekonać o jadowitości wspomnianych mikrobów, wstrzyknięto zapomocą strzykawki Pravatza 7. VII. w przednią komorę prawego oka morskiej świnki (♂). $\frac{1}{10}$ cm³, 24-godzinnej hodowli bulionowej. Znieczulenie 3% kokainą, wstrzyknięcie w górno-zewnętrznym kwadrancie rogówki.

8. VII. Wydzielina śluzowo-ropna dość obfita, spojówka powiek i gałki silnie przekrwiona, rozpulchniona, spojówka gałki nadto chemotyczna. Cała rogówka zmętniona. Środkiem od miejsca wkłucia, aż do samego dolnego brzegu rogówki ciągnie się naciek pasmowaty 2½ mm szerokości; zresztą szczegółów nie widać. W kilka dni później przyszło do zapalenia ropnego całej gałki (*panophthalmitis*), z ropy wyhodowano czystą hodowlę mikrobów wykazujących wspólne znamiona z powyżej opisanymi prątkami. Gałkę enukleowano, utrwalono w płynie Schaudinna i zatopiono w celoidynie.

W preparatach z tej gałki widać było bardzo silne nacieczenie rogówki we wszystkich jej warstwach, z tęczówki pozostały zaledwie drobne strzępki, granica pomiędzy przednią a tylną komorą była zupełnie zniesiona. Przestrzeń od błony Descemeta (która w wielu miejscach wykazywała ubytki), aż do soczewki była prawie całkowicie wypełniona naciekiem ropnym. Przednia torebka soczewki w wielu miejscach nadżarta, ropa wnika w głąb soczewki pomiędzy jej częściowo zniszczonemi blaszkami. Również miejsce ciałka szklistego zajmuje jednostajna ropiasta masa, a znaczne nacieki ropne dają się również wykazać w ciałku rzęskowem, naczyniówce i siatkówce, aż do samego nerwu wzrokowego.

Porównując morfologię mikrobu wyhodowanego z naszego przypadku z mikrobami dotąd opisanymi, możnaby my-

śleć o prątkach Friedländera, prątkach błękitnej ropy. lub o bakteryach okrężnicy (*b. coli*), Inne prątki znalezione w owrzodzeniach rogówkowych, jak np. bakterye influency, *b. proteus* nie wchodzą tu w rachubę, ponieważ już sama morfologia ich jest odmienną od naszych mikrobów. Jednakże prątków naszych nie można także w żaden z trzech wyżej wspomnianych typów w zupełności wtłoczyć, albowiem wykazują one dość wyraźne różnice. W odróżnieniu od prątków Friedländera, do których zbliżony jest dość wyraźną zoogleą, mikrob nasz różni się tem, że tworzy silną reakcyę indolową, na bulionie błonkę, nie wytwarza natomiast gazu na agarze cukrowym. Od prątków błękitnej ropy, od których jest nieco grubszy, różni się brakiem tworzenia barwika. Prócz tego szczegółu, który może brakować u prątków należących do tego kapryśnego typu, mikrob nasz różni się tem, że nie rozpuszcza żelatyny, nie ścina mleka, ani nie tworzy gazów w agarze cukrowym. Pozostawałaby trzecia grupa, t. j. grupa prątków okrężnicy, do których mikrob nasz jest jeszcze najbardziej zbliżony; ale i od tych różni się tem, że mleka nie ścina i gazu w agarze cukrowym nie wytwarza. Jednakże brak tych cech tak znamiennych dla prątków okrężnicy, nie pozwala nam do zaliczenia go z czystem sumieniem do grupy, a zmusza do szukania odrębnego stanowiska.

JWielmożnym Panom Radcy Dworu Prof. B. Wicherkiewiczowi i Prof. Dr Nowakowi składam i na tem miejscu serdeczne podziękowanie za życzliwe zajęcie się moją pracą i liczne cenne wskazówki; Prof. Nowakowi nadto za chętne wykonanie mikrofotogramów.

Literatura.

1. Recherches cliniques et bacteriologiques sur les infectious aigues de la cornée, Paris 1900.
2. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1904. I.
3. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1904. I.
4. Klin, Monatsbl. f. Augenheilk. 1905. I.

5. Ueber einige seltene Infectionskrankheiten der Hornhaut. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1906. XLIV.
6. Beitrag zur Kenntnis des Diplobazillengeschwürs der Hornhaut. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1908. XLVI.
7. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLIV. II.
8. Über das Diplobacillengeschwür in der Hornhaut. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLIII, str. 142.
9. K. W. Majewski. Ärztliche Cntrl. Ztg. Wiedeń 1903. T. XV i Rosenhauch: Kilka uwag o owrzodzeniach rogówkowych ze szczególnem uwzględnieniem »ulcus serpens«. Postęp okul. 1907.
10. Beiträge zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie der eitrigen Keratitis des Menschen. Arch. f Ophth. 1896. T. 42 i 1806. T. 44.
11. V. Graefes. Arch. f. Ophth. 1895. XLI. 1.
12. Bach und Neumann. Die eitrige Keratitis beim Menschen. Arch. f. Augenheilk. 1897.
13. Zur Pathologie des Ulcus serpens corneae. Die ophthalm. Klinik. 1900.
14. Über eitrige Keratitis beim Menschen. Arch. f. Ophth. 1902. T. 53.
15. Weitere Untersuchungen zur Serumtherapie des Ulcus corneae serpens. Bericht über die 30. Versammlung der Ophth. Gesellsch. Heidelberg 1902.
16. Über infectiose aussere Augenentzündungen im westfälischen Industriebezirke. Arch. f. Augenheilk. 1902.
17. Über Hornhautulzeration durch Diplobazillen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1905.
18. Contributo alla bacteriologia del cherato ipopion. Annali di Oftalmol. XXXV. 1906. (cyt. wedł. Tschirkowskiego).
19. Über eitrige Keratitis. Bericht über die Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden. (Sept. 1907). Klin. Monatsbl. f. Augenh. Oct.-Nov. 1907.
20. Über einen Fall von atypischer Hypopyon Keratitis mit Staphylococcus aureus in sarzineaehnlicher Form. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1908. XLVI. Januar.
21. Das Genus sarcina in morphologischer, biologischer und pathologischer Beziehung i t. d. 1897. München.
22. System der Bakterien 1900.
23. Lehmann und Neumann: Atlas und Grundriss der Bakteriologie 1907.
24. Aetiologie und Therapie der Staphylokokken-Infection. 1900.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LXI. Z. 2, 3 i 4. (Referent Dr Bałłaban).

O schorzeniach powstałych przez włosy gąsienic. (Über die durch Raupenhaare verursachten Erkrankungen). Dr Teutschländer.

Po przeglądzie rodzajów zaburzeń, jakie powodują włoski gąsienic u zwierząt, omawia autor schorzenia, jakie powstają przez te włoski u ludzi. Przeniesienie włosków powstaje albo z oddali przez wiatr, suknie i ze zwierząt, lub też wskutek bezpośredniego dotknięcia z gąsienicą. Następuje dokładny opis przypadku t. zw. *„ophthalmia nodosa"*. Przy tej zmianie, której znamienną cechą są gruzełki podobne do gruzełków gruźliczych, a umieszczające się na spojówce gałki ocznej, powiek i na tęczówce, spostrzegał autor pod mikroskopem w każdym poszczególnym gruzełku, kawałek oderwanego włoska. Z rodzaju włoska można oznaczyć gatunek gąsienicy, z której pochodzi. Najczęściej spostrzegamy zaburzenia te w jesieni u ludzi, którzy wiele przebywają na powietrzu i u dzieci. Pod względem klinicznym rozróżniamy okres początkowy, które bardzo często jest nacechowany silnem zadrażnieniem gałki ocznej i bólami. Elschnig spostrzegał w cztery godziny po takim urazie światłowstręt, łzawienie, bóle kłujące, powodowane zdarciem nabłonka. Jeżeli włosek taki wypadnie, to objawy podmiotowe nagle maleją, aby po dłuższym upływie czasu z ponowną siłą wystąpić. Tak też spostrzegał Elschnig dopiero po upływie 5-u dni zadrażnienie tęczówki. Po 2—3 tygodniach tworzą się typowe gruzełki. Wskutek tarcia wciskają się te włoski następnie w głębsze tkanki i to za pośrednictwem naczyń i wywołują zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. Dalszy przebieg chorobowy jest przewlekły i trwa miesiące, a nawet lata, przyczem pojawiają się częste nawroty. Guzełki mogą ulec wessaniu, jeżeli włosek wypadnie, lub też zabliźniają się. Tkanka popada w zanik, nawet przyjść może do zaniku gałki ocznej. Następnie omawia autor jeszcze zmiany poszczególnych części oka, z czego podniósłbym powierzchowne zapalenie rogówki, jakie opisuje Elschnig. Dalej spostrzegać się dają rozlane zmętnienia i pęcherzyki. O powstawaniu włosków w tęczówce istnieją różnorakie zapatrywania. Zmętnienia w ciałku szklistem są następstwem zapalenia ciałka rzęskowego. Twardówka

zazwyczaj nie chorzeje. Różniczkowe rozpoznanie pomiędzy tą chorobą a gruzełkami gruźliczymi robi się na podstawie wykazania w gruzełku włoska. Rokowanie jest zależnem od umiejscowienia. Leczenie bywa symptomatycznem, lub w przypadkach korzystnych operacyjnem.

O wrodzonych przetokach woreczka łzowego. (Über angeborene Thränensackfisteln). Dr Walther Löhlein.

Autor badał pod mikroskopem wrodzone przetoki woreczka łzowego, gdyż dotychczas znanem jest dopiero jedno takie badanie Elschniga. Badanie autora wykazało zupełną identyczność tej zmiany z prawidłową rurką łzową. Na podstawie badań sądzi też autor, że zmiana ta nie powstaje przez jakieś zaburzenia w rozwoju (Bär, Burdach), a także nie jest wynikiem śródpłodowego zapalenia (Hippel) lecz przez niezwykły wzrost przybłonka dróg łzowych i to podobnie jak to powstaje nadliczbowa rurka łzowa.

Nowy zabieg leczniczy przy gorączkowej opryszczce rogówki. (Neues Heilungsverfahren bei Herpes corneae febrilis). Dr Ammann.

Zabieg ten polega na tem, że zmiany na rogówce przeciąga się lekko galwanokauterem, następnie się wyskrobuje. Uleczenie następowało zawsze w 2—3 dniach. Pozostałe blizny nie były znaczniejsze, aniżeli blizny powstałe przy leczeniu bez kauteryzacyi*).

Statystyka i praktyka przy operacyach zaćmy. (Statistik und Praxis der Staaroperationen). Dr Geisler i Dr Wich.

Statystyka ta obejmuje 1322 operacyi zaćmy w 10-u latach. Z 800 zaćm starczych robiono 10% bez irydektomii, a mianowicie u młodszych osobników do 49 r. życia i u kilku pań. W 9% przypadków operowano obustronnie równocześnie. W 4% przypadków przyszło do wypadnięcia ciałka szklistego. Po operacyi bandażowano przez dwa dni oba oczy. W 3-m dniu zmieniano opaskę i wiązano tylko oko operowane. W 19-u przypadkach zaćmy powstałej w następstwie cukrzycy operowano podobnie jak przy zaćmie starczej. Przy *cat. zonularis* (123 przypadków) robiono zawsze irydektomię. Zaćmę następową operowano 199 razy.

---

*) Pozwalam sobie zauważyć, że ten sposób leczenia jest oddawna już praktykowanym przez wielu okulistów przy *herpes corneae* i *keratitis dentritica*.

Przyp. ref.

Do rozbioru i mierzenia szerokości fuzyjnej. (Zur Analyse und Messung der Fusionsbreite). Dr Krusius.

Pod nazwą fuzyi rozumie autor przerobienie *(Verarbeitung)* dwóch jednoocznych bodźców siatkówki znajdujących się w żółtej plamce lub około tejże, na jednolite i obuocznie odczute wrażenie widzenia. Euzya nie podlega przymusowi, lecz polega na zdolności nabytej ćwiczeniem. Rozróżniamy jej trzy stopnie: 1) badany widzi tylko obraz jednego oka, 2) obraz jednego oka widzi całkiem obraz oka drugiego tylko częściowo, 3) obrazy obu ócz widzi całkowicie i równomiernie. Przy pogorszeniu się warunków, które powodują fuzyę, występuje w interesie obuocznego widzenia przymus, a przymus ten w kierunku (fuzyopetalnym) odśrodkowym służy jako miara do oznaczenia szerokości fuzyjnej. Czynniki, które się składają na oznaczenie szerokości fuzyjnej, są następujące: 1) Równomierność oświetlenia obrazów i ostrość ich zarysów. 2) Dokładne centralne ustawienie każdego pojedynczego oka. 3) T. zw. *Simultanversuche* jednoocznych obrazów. Szerokość fuzyjna może być mierzoną przy pomocy każdej poszczególnej grupy. Do swoich badań posługiwał się autor 3-cią grupą *(Simultan)* i w tym celu zbudował osobny przyrząd do mierzenia szerokości fuzyjnej. Następuje opis doświadczeń poparty licznemi tablicami, które należy przejrzeć w oryginale.

O t. zw. blefarochalazis i o związku jej z podobnemi do tejże choroby zmianami, przy równoczesnym opisie przypadku takiej blefarochalazy powikłanej ze swoistem zwichnięciem gruczołu łzowego. (Über Blepharochalazis und ihre Beziehnung zu verwandten Krankheitsbildern nebst Mittheilung eines Falles von Blepharochalazis mit Spontanluxation der Thränendrüse). Dr Loeser.

Z ogłoszonych dotychczas przypadków, które wszystkie leczono operacyjnie wybiera autor trzy główne typy: 1) Zanik skóry powiekowej i jej ścieńczenie, utrata sprężystości, zwiększenie powierzchni, zaczerwienienie i rozszerzenie małych żył skórnych, brak opadnięcia powieki (Fuchs). 2) Zanik brodawek w warstwie Malpighiego, tkanka łączna jest wiotszą, łamliwą, obfitość naczyń, obfite włókna sprężyste, skóra wydęta (Fehr). 3) Nagromadzenie tłuszczu pod mięśniem *orbicularis*, który jest od tłuszczu odgraniczonym przez powięź.

W przypadku autora rozchodzi się o 15-letnią dziewczynkę, u której zmiana ta powstała w 7-m roku życia. W tkance podskórnej dawał się wyczuć tłuszcz, a z lewej strony znajdywał się okrągły, ruchliwy i twardy guz (gruczoł łzowy). Przyczynę powstania zwichnięcia gruczołu łzowego przypisuje autor *bleparochalazie.*

A mianowicie, jest zdania, że wskutek sprężystości wiotczeje powięź gruczołu łzowego. Kawałki tłuszczu znajdujące się w tkance łącznej przedostają się z oczodołu przez otwory w powięzi oczodołowej, któremi to otworami przeciągają naczynia i nerwy. Początkiem schorzenia jest zawsze, zdaniem autora, zwichnięcie powieki. Stosownie do zachowania się powięzi rozróżniamy rozmaite stopnie tej zmiany: 1) *Blefarochalazis* z pomarszczoną i zwiotczałą skórą. (Fuchs, Fehr). 2) Wypadnięcie tłuszczu oczodołowego po zmianie w powięzi (Bach). 3) Przepuklina z tłuszczu (Schmidt-Rimpler).

Wrodzone nitkowate ankyloblefaron. (Ankyloblepharon filiforme adnatum). Oppenkeimer.

Odnośnie do ogłoszonego przypadku Kuhorna, opisuje autor nowy przypadek tyczący się trzydniowego dziecka. W szparze powiekowej znajdował się postronkowaty twór 1 mm gruby, który dozwalał szparze ocznej rozszerzyć się zaledwie na 1 cm. Twór ten przecięty został nożyczkami, poczem pozostałe wypustki jego zanikły. Autor sądzi, że twory te pojawiają się często u dzieci, że jednak bywają przerywane przez akuszerki podczas obmywania ócz dziecka.

Obszar źrenico-ruchowej wrażliwej części siatkówki. (Die Ausdehnung des pupillomotorisch wirksamen Bezirkes der Netzhaut). Prof. Best.

Następujący przypadek poucza, czy oddziaływanie źrenic może być wywołanem oświetleniem całej siatkówki, czy też tylko jej środka. U 42-letniej kobiety przedsiębrano wycięcie guza znajdującego się u podstawy czaszki. Bezpośrednio po tym zabiegu ociemniała ona na oku lewem. Po pewnym czasie wzrok tego oka polepszył się na liczenie palców. Pole widzenia było utrzymanem tylko w małej zewnętrznej części. Źrenice nie oddziaływały na światło. Skoro się jednak użyło pewnego rodzaju sposobu oświetlenia oka tak, że światło działało na utrzymaną małą część siatkówki, to dawał się wywołać w ten sposób odruch źreniczny. Przypadek ten poucza zatem dosadnio, że odruch źrenic daje się wywołać światłem działającem na obwodzie siatkówki. Przy oświetlaniu żółtej plamki, lub też innej części siatkówki nie można było wywołać odruchu źrenic. Pytanie co do istnienia osobnych włókien źrenicznych nie zostało dotychczas rozstrzygniętem, jednak autor nie spostrzegał jeszcze nigdy ślepoty z utrzymanym odruchem źrenic. Opisywane podobne przypadki zdają się polegać na mylnem badaniu.

Do poznania atypowych postaci t. z. mukocele. (Zur Kenntniss der atypischen Mukoceleformen). Dr Calderaro.

Zmianę tę spostrzega się w dojrzalszym wieku, gdyż tylko u ludzi starszych bywa jama skroniowa silnie rozwiniętą. Po przeglądzie historycznym tej zmiany podaje autor powody jej powstania. A zatem influenza, skarlatyna, róża, wydzielanie się ropnego płynu i utrudnienie w jego odpływie, rozszerzenie się jam i zcieńczenie ich ścian, poczem przedostanie się do oczodołu i to w okolicy kości łzowej. Przy tem cierpieniu ma się uczucie pełności w górnej okolicy nosowej, migrenę, obrzęk w okolicy wewnętrznego kącika powiekowego, a czasem bywa także gałka oczna przesuniętą na zewnątrz i ku dołowi. Następnie opisuje autor przypadki, operowane z korzystnym wynikiem.

Sposób operacyi polega na wypuszczeniu zawartości przetoki, usunięciu ścian kostnych i na obliteracyi jamy. Uzyskuje się obliteracyę usunięciem całej błony śluzowej, tuszowaniem chlorkiem cynku 1:10 i codziennem tamponowaniem jamy 5% nalewką jodową. Leczenie trwa przez 3—4 miesięcy.

Atypowy przypadek środkowego braku w polu widzenia. (Ein atypischer Fall von centralem Scotom). Dr Treutler.

57-letni alkoholik i silny palacz miał obustronne absolutne ubytki w polu widzenia objętości 15—20°. Obwodowe granice pola widzenia były prawidłowe. W żółtej plamce znajdowało się jakieś dziwne zabarwienie, a w naczyniówce biała plamka wielkości $1\frac{1}{2}$ tarczy wzrokowej. Tarcze wzrokowe były prawidłowe. Z wywiadów wynika, że zmiany w żółtej plamce były od lat 20-u. Źrenice oddziałują dokładnie na akomodacyę i zbieżność, a na światło bardzo leniwie. Autor pojmuje ten przypadek, jako pierwotne zwyrodnienie środkowej części siatkówki, powstałe przez nadużycie tytoniu i alkoholu, co też doprowadziło do stwardnienia naczyń naczyniówki. Przypadek ten świadczy także o słuszności zapatrywania Hessa, że przy braku nawet bardzo małej części w środkowej części siatkówki (0·8 mm) źrenice zaprzestają oddziaływać prawie całkowicie na światło. Z tego też wynika, że przy schorzeniach siatkówki nie rozchodzi się o rozległość zmian, ale tylko o ich umiejscowienie.

O zapaleniu nerwu, powstałem przez zmiany nosowe. (Über die rhinogene Sehnervenentzündung). Dr Pannz.

Rozchodzi się o 6 przypadków częściowo jedno, częściowo obustronnego zapalenia nerwu wzrokowego, które powstały przez ropienie w okolicy komórek jamistych lub też okolicy kości klino-

wej. Objawy polegają na zmniejszeniu się bystrości wzroku, brakach w polu widzenia i na skotomach barwnych. Wziernikiem daje się spostrzegać przekrwienie i zapalenie nerwu wzrokowego. Szczególnie istnienie jednostronnego zapalenia nerwu wzrokowego musi wzbudzić podejrzenie na ropienie w tej okolicy. Po odprowadzeniu ropy znikają szybko objawy i następuje uleczenie. Najlepsze rokowanie dopuszczają przypadki ostro występujące, a często rozchodzi się w nich nie o zapalenie, lecz tylko o obrzęk nerwu wzrokowego. Zapalenie może taksamo posuwać się wzdłuż nerwu wzrokowego, jak również i wzdłuż jamy oczodołowej i czaszki. Prawdopodobnie odgrywają przytem pewną rolę naczynia krwionośne i chłonne. W kanale optycznym zastępuje pochwy nerwu wzrokowego okostna, a już mała ilość ropy, która się nagromadza pomiędzy kością i pochwą nerwu wzrokowego może spowodować obrzęk lub też zapalenie nerwu.

Wykazanie ciałek jaglicy na skrawku i w głęb tkanki. (Die Darstellung der Trachomkörperchen im Schnitt und in der Tiefe des Gewebes). Dr C. di Santo.

Autor badał liczne preparaty różnych schorzeń oka, tyczących się jednak tylko tkanek ócz schorzałych na jaglicę. Znalazł w nich ciałka jaglicy, które się znachodziły pod przybłonkiem tkanki łącznej. Znajdują się one czasem w protoplazmie, czasami znowu w włóknach siatki łączno-tkankowej. Najczęściej jednak widać je w rozpadlinach tkanki i to zawsze po dwa, podobne do dwoinków.

Kliniczny przyczynek do rzadkich zboczeń tęczówki. (Klinischer Beitrag zu den seltenen Irisanomalieen). Dr Engelbrecht.

Ogłoszenie 7-miu przypadków ma na celu wyświetlić istniejącą teoryę co do zachowania się warstw tęczówki należących do różnych blaszek zarodkowych. Bez odpowiednich ilustracyi nie można zmian tych dokładnie opisać i dla tego też mogę tutaj tylko wspomnieć o kilku rodzajach tych zmian, przytoczonych przez autora.

1) Zanik przedniej warstwy i częściowa szpara w tęczówce (3 przypadki).

2) Częściowa iryderemia ze szczątkami błony źrenicznej (1 przypadek).

3) Zanik obu warstw tęczówki — polikorya (2 przypadki).

4) Mostkowa szpara tęczówki i szpara w naczyniówce (1 przypadek).

Mostkowa szpara w tęczówce należy do typowych szpar i powstała ona z wrodzonej szpary ocznej. Mostek nie ma żadnego związku z błoną źreniczną.

Berl. Klin. Wchschrift. R. 1908. nr 26, 27 33 i 34. (Ref. Dr W. Reis).

O odosobnionem porażeniu mięśnia prostego zewnętrznego przy ropnem zapaleniu ucha po tej samej stronie. (Über isolierte Lähmung des Musculus rectus externus bei gleichseitiger eiteriger Mittelohrentzündung). Peyser.

U dziewczynki 12-letniej, która przed 4-ma tygodniami przebyła płonicę, wystąpiło zapalenie ropne ucha prawego, obrzęk przed uchem i porażenie mięśnia odwodzącego na oku prawem. Po otwarciu ropnia i wydłutowaniu wyrostka sutkowego nastąpiło polepszenie, a w trzy miesiące potem nastąpiło zupełne porażenie mięśnia ocznego. Po wykluczeniu płonicy i ciężkich powikłań śródczaszkowych, mogących również wywołać porażenie odosobnione mięśnia prostego zewnętrznego, dochodzi autor do wniosku, że w przypadku przez niego spostrzeganym porażenie mięśnia odwodzącego nastąpiło *per continuitatem.* przez bezpośrednie przejście zapalenia z ropnia w dole skroniowym do tkanki oczodołowej.

Badania nad oddziaływaniem na zbieżność przy zwrotnej nieruchomości źrenicy. (Untersuchungen über die Convergenzreaktion bei reflectorischer Pupillenstarre). Lachmund.

W 27 przypadkach porażenia postępującego stwierdził autor 20 razy wybitną zwrotną nieruchomość źrenicy. W 16 przypadkach zwrotna nieruchomość była obustronną i te przypadki poddał L. badaniu, jak się zachowują wobec oddziaływania na zbieżność i akomodacyę. U wszystkich 32 źrenic oddziaływanie występowało szybko, a wydatność zwężenia była wystarczającą. W 12 jednak przypadkach zauważył L, że pod koniec oddziaływania na zbieżność występywała nierówność źrenic, z badanych zaś 32 źrenic straciło 29 pod koniec oddziaływania swoją postać okrągłą. Przeważnie jednak można było w tych przypadkach stwierdzić nierówność źrenic i utratę nieznaczną postaci okrągłej i przed oddziaływaniem na zbieżność, tak że L. przypuszcza, że oddziaływanie na zbieżność odbywa się prawidłowo, tylko nie jest ono w stanie pokonać tych nieznanych bliżej czynników, które jeszcze przed rozpoczęciem oddziaływania wywierały wpływ swój na źrenicę.

Przyczynek do kazuistyki porażenia mięśnia odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. (Zur Kasuistik der Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie mit Tropacocain). Gontermann.

Dalsze wyniki odczynu spojówkowego na gruźlicę. (Weitere Ergebnisse der Conjunctivalreaktion auf Tuberkulose). Fabian i Knopf.

Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych przy użyciu 1% starej tuberkuliny Kocha dochodzą autorowie do wniosku, że oddziaływaniu spojówkowemu nie można odmówić pewnego rozpoznawczego znaczenia. Dodatni wynik odczynu przemawia z jak największem prawdopodobieństwem za gruźlicą, podczas gdy ujemny gruźlicy nie wyklucza. Pewnem jest, że przy umiarkowanem stosowaniu odczynu szkody się nie wyrządza, podczas gdy wartości odczynu nie należy nisko oceniać.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1908. nr 21. (Referent K. W. Majewski).

Dalszy przyczynek do leczenia surowiczego, nieswoistego zakażeń ocznych. (Weitere Mitteilung zur paraspezifischen Serotherapie von Augenkrankheiten). Dr W. Zimmermann.

Wiadomo, że tak zwane »paraspecyficzne« leczenie surowicze polega na stosowaniu pewnej, np. przeciwbłoniczej surowicy bez względu na rodzaj zakażenia. Szereg przypadków zakażeń ocznych wyleczonych tym sposobem ogłosił Darier, autor spostrzeżeń tych nie uważa za miarodajne, ponieważ równocześnie stosowane były różne zabiegi miejscowe, jak nakłucie rogówki, wypuszczenie hypopyon, galwanokaustyka i t. p. Natomiast sam ogłasza obecnie 28 własnych przypadków różnego rodzaju zakażeń oka, jak *ulcus serpens hypopyon, vulnera penetrantia infecta, iridocyclitis suppurativa post oper. cataractae, iritis gonorrhoica*, a nawet *iritis luetica gummosa,* w których to przypadkach wstrzykiwał chorym stale surowicę przeciwbłoniczą Roux'a (1500—3000 jednostek Behringowskich), ograniczając leczenie miejscowe do koniecznego minimum. Z przypadków, w których częściowo odstąpił od tej zasady i gdzie prócz tego stosował inne zabiegi lub środki miejscowo lub ogólnie—przytacza te tylko, w których dopiero jedno lub dwurazowe wstrzyknięcie surowicy nadało chorobie wyraźny i stanowczy wzrot

pomyślny. Tak np. choremu z *iritis gummosa* robiono równocześnie wcierania rtęciowe, leczenie to jednak nie odnosiło żadnego skutku. Nagła poprawa wystąpiła dopiero po dwukrotnem wstrzyknięciu surowicy. Z 28 przypadków w czterech wynik był ujemny, w tem jeden przypadek zakażenia po operacyi zaćmy i trzy przypadki ciężkich wrzodów pełzających rogówki. We wszystkich innych skutki leczenia surowiczego były korzystne. Wstrzykiwania surowicy nie dawały powodu do żadnych powikłań ubocznych, jak gorączka, wysypki, zajęcie nerek etc., dlatego autor zachęca do podejmowania prób dalszych na większą skalę.

Prosty przyrząd ustalający soczewkę przy badaniu okulistycznem. (Ein einfacher Linsenhalter für augenaerztliche Zwecke). Dr Kehr.

Soczewka służąca do badania w oświetleniu ogniskowem połączona jest w sposób odpowiednio ruchomy ze sprężystą metalową osadą zgiętą w postaci podkowy, lub litery U, którą się nasuwa na rękę od strony palca wskazującego tak, że obejmuje i naciska lekko z jednej strony dłoń, a z drugiej grzbiet ręki. Wszystkie palce są swobodne i mogą służyć równocześnie do oparcia rąk o czoło lub skroń i do rozwarcia powiek badanego oka. Drugiej ręki można użyć równocześnie do wykonania jakiegoś zabiegu np. do wydobycia igiełką ciała obcego z rogówki. Urządzenie to praktyczne jest zwłaszcza w przypadkach, gdzie chory zachowuje się niespokojnie i ściska powieki. Trzymadła takiego używać można z równą korzyścią przy wziernikowaniu w obrazie odwrotnym.

Klinische Monatsblätter f. Ak. R. 1908. R. XLVI. Listopad—grudzień. (Ref. Dr Liebermann).

O działaniu soli żółciowych na gonokoki. (Ueber die Einwirkung gallensaurer Salze auf Gonokokken). Dr Löhlein Walter — Greifswald.

Sole żółciowe, *kalium*, a zwłaszcza *natrium glycocholicum*, mają działanie bakteryobójcze już w 1°/₀ rozczynie. Ujemną stroną tych przetworów jest ich działanie drażniące. Zadrażnienie spojówki już 1°/₀—2°/₀ rozczynem utrzymuje się przez kilka dni.

Żółty Gramem odbarwiający się prątek w jednym przypadku chronicznej jaglicy. (Ein gelber gram-negativer Bacillus bei einem Falle von Conjunctivitis trachomatosa chronica). Dr Wilhelm Grüter — Greifswald.

Opis prątka jaki autor wyhodował z wydzieliny spojówkowej, zajętej sprawą jaglicową. Prątek ten raz układa się w długie łańcuchy, to znów w innych miejscach widać w preparacie grupy prątków ułożonych równolegle jeden obok drugiego.

Leczenie jonami w okulistyce. (Die Jonentherapie in der Augenheilkunde). Dr Wirtz Robert.

Rozkładając prądem roztwory chemiczne, można pewne ich składniki w postaci jonów wprowadzić do organizmu ludzkiego. Ilość wprowadzonego środka zależy od natężenia prądu i czasu trwania elektryzacyi. Większe natężenie niż 1—2 miliamperów jest w okulistyce przeciwwskazanem.

Jony wnikając do tkanek łączą się z odpowiednimi jonami organizmu na związki chemiczne terapeutycznie czynne i tem tłumaczy się energiczne działanie chemikaliów elektrycznością do organizmu wprowadzonych. Ogólną zasadą jest, iż anoda wprowadza do organizmu kationy, katoda — aniony.

Najważniejszymi dla okulistyki kationami są:

1) *Na* (z Na Cl), *Zn* (z Zn SO_4) *Cu* (z Cu SO_4).

2) *H* (wydobyte z kwasów) np. H z kwasu solnego.

Przyczynek do etyologii wrzodów rogówkowych. (Beitrag zur Aetiologie der Hornhautgeschwüre). Dr E. Rosenhauch.

W jednym przypadku wrzodu rogówkowego *(ulcus serpens)* znalazł autor drobnoustrój podłużny, przypuszczalnie grzybek, który, jak badania dalsze wykazały, jest dla zwierząt również chorobotwórczym. Autor nazywa ten twór »keratophyton«.

O „ulcus rodens corneae“. (Ueber das Ulcus rodens corneae). Dr M. Hayashi — Japonia.

Opis anatomiczny, kliniczny i histologiczny trzech przypadków tego cierpienia. Przyczyną, zdaniem autora, ma być nieznany dotychczas drobnoustrój. Terapeutycznie, żaden z dotychczas stosowanych, jak wypalanie, łyżeczkowanie, jedynowanie i t. p. nie zapewniają korzystnego wyniku.

O ziarenkach jaglicowych. (Ueber die sogenannten Trachomkörperchen). Dr S. Mijaschita — Tokio.

Ziarenka te znajdują się najobficiej wokoło jąder komórek przybłonkowych spojówki.

Doświadczalne badania autora wykazały, iż okres wylęgania choroby trwa 5—7 dni.

Ophthalmology. R. 1909. Vol. 5. nr 2. (Referent K. W. Majewski).

Trepanacya wobec tarczy zastoinowej. (Decompression in Choked Disc). George Robinson — Filadelfia.

Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tarczy zastoinowej, oraz nad stanowiskiem, jakie zająć winien chirurg wobec grożącej utraty wzroku. Nie ulega wątpliwości, że w przeważnej części przypadków na pierwszy plan wysuwa się kwestya życia, ponieważ jednak zachodzą przypadki zupełnego lub względnego wyzdrowienia (*meningitis*, *hydrocephalus internus*, lub też wyleczenia po operacyjnem usunięciu nowotworu wśródczaszkowego, przeto na wszelki wypadek trzeba się liczyć z przyszłością wzroku i z tego powodu uważać samą tarczę zastoinową, zwłaszcza jeśli jej towarzyszy szybki spadek bystrości wzrokowej, za naglące wskazanie do otwarcia jamy czaszki w celu usunięcia wzmożonego ucisku mózgowego. W przypadkach, gdzie z powodu braku dokładnej lokalizacyi, nie można operować radykalnie, należy, zgodnie z zapatrywaniem Horsleya, nie zwlekać z trepanacyą i nie ograniczać się do samej trepanacyi, lecz w każdym przypadku zrobić nacięcie błony twardej.

Objawy oczne i oczodołowe zakrzepu zatoki jamistej. (Ocular and Orbital Symptoms of Thrombosis of the Cavernous Sinus). Edward Jackson — Denver.

Jakkolwiek przyczyna zakrzepu w zatoce jamistej leży zazwyczaj poza okiem, to jednak pierwsze najwcześniejsze i najważniejsze pod względem rozpoznawczym objawy tej groźnej zmiany występują na oku i w oczodole. Objawy te omawia autor poczynając od najważniejszych i najczęstszych i przechodząc do drugorzędnych i mniej rozstrzygających. W pierwszym rzędzie wymienia trzeszcz występujący nagle i wzmagający się w ciągu pierwszych kilku dni. Szczególnie znamiennym jest równoczesny trzeszcz obu gałek ocznych. Równocześnie występuje znaczny obrzęk powiek,

który szerzy się częstokroć na całą twarz. Na gałce ocznej widać objawy zastoju żylnego, a wziernikiem stwierdzamy, rozdęcie i pokręcenie żył, zamglenie siatkówki i tarcz zastoinową. Ruchy gałki ocznej już po kilku dniach zostają zniesione, wskutek porażenia wszystkich mięśni prostych. Równocześnie pojawia się chemoza, obrzęk i przekrwienie spojówki powiek obfita wydzielina, a szereg objawów ocznych zamyka częstokroć owrzodzenie i ropienie rogówki.

Badania nad wpływem silnego światła słonecznego na oczy osobników jasnowłosych. (A Query into the Effect of Intense Sunlight on the Eye of the Blonde Type). Ellet O. Sisson — Denver.

Autor przeprowadził studya porównawcze u ludzi i u różnych gatunków zwierząt nad zgubnym wpływem rażących promieni południowego słońca na oczy osobników, których włosy, skóra, a tem samem tęczówka i naczyniówka są ubogie w barwik. Wiadomo, że obfitość barwika zawartego w błonach ocznych, służy w pierwszym rzędzie do odcięcia wszystkich promieni światła padającego na oko z wyjątkiem tych, które mają wytworzyć obrazki siatkówkowe widzianych przedmiotów. Prócz tego i siatkówka, a zwłaszcza jej część dla czynności wzrokowej najważniejsza t. j. okolica plamki żółtej, posiada barwik własny dla ochrony swych najczulszych składników wrażeniowych przed nadmiarem światła. Znane są ruchome wypustki komórek barwikowych, które otulają pręciki i czopki siatkówki tembardziej, im silniejsze wpada światło do oka. Autor wykazał, że *fovea centralis* u bielców (albinosów) posiada jednak sporo barwika, którego brak, prawie zupełnie we wszystkich innych częściach oka. Barwik oczny pochłania również pozafiołkowe chemiczne promienie światła, które są zabójcze dla żyjącej protoplazmy. Autor omawia etyologię niektórych chorób ocznych, zwłaszcza nieżytu wiosennego, w związku ze szkodliwem działaniem światła słonecznego i ubóstwem barwika w oczach niebieskich. U różnych zwierząt i u różnych ras ludzkich daje się wykazać pod względem zasobu barwika w oczach pewne przystosowanie do warunków klimatycznych wśród jakich gatunki te, względnie rasy żyją. Badania autora nie są jeszcze ukończone, zapowiada on dalsze publikacye w tym przedmiocie.

Przyczyny i leczenie chorób dróg łzowych. (Causes and Treatment of Lacrimal Diseases). Charles S. Means — Columbus, Ohio).

Po wyliczeniu powszechnie znanych źródeł zakażenia woreczka i przewodu nosołzowego opisuje autor szczegółowo postępowanie

operacyjne przy wyłuszczeniu woreczka łzowego, jakiego się nauczył pod kierunkiem Dr Mellera w wiedeńskiej klinice Prof. Fuchsa.

O chorobie Basedowa. (Ophthalmic Goiter). Albert Rufus Baker — Clevelaud Ohio.

Autor przytacza na początku swej pracy zdanie prof. Barkera i Dr Roswella Parka, wedle których obowiązkiem naszym z chwilą rozpoznania choroby Basedowa, jest bez zwłoki przystąpić do operacyi i wykonać tyreoidektomią, jako zabieg bezwarunkowo wskazany i ratujący choremu życie. Już na posiedzeniu akademii medycznej w Clevelandzie występował autor w dyskusyi przeciw temu zapatrywaniu, a obecnie zebrawszy dostateczny materyał statystyczny wykazuje, że choroba Basedowa w rzadkich tylko przypadkach jest sama przez się śmiertelną, że jest wprawdzie długoletnią, ale że jej zejściem prawidłowem bywa nietylko w lekkich, ale nawet w ciężkich przypadkach zupełne lub prawie zupełne wyzdrowienie. Jeśli niektórzy chorzy umierają w jej przebiegu, to albo wskutek powikłań nienależących ściśle do obrazu klinicznego choroby Basedowa, albo wskutek innych chorób, albo wreszcie — i to, zdaniem autora, zdarza się najczęściej właśnie w następstwie ciężkiej i niebezpiecznej operacyi, jaką jest tyreoidektomia. Autor widział zupełne wyzdrowienie w typowych i tak ciężkich przypadkach choroby Basedowa, że z powodu nadmiernego trzeszczu trzeba było wykonywać tarsorafię, Niejednokrotnie zdołał on sprowadzić jeśli nie zupełne wyzdrowienie, to przynajmniej tak znaczną i trwałą poprawę, że chorzy poprzednio niezdolni do żadnej pracy mogli powrócić do swych zwykłych zajęć. Autor podnosi dobroczynny wpływ u młodych ludzi małżeństwa, a w szczególności u kobiet porodu na przebieg choroby Basedowa, przyjmując tu głównie działanie czynników psychicznych. We wielu wypadkach znaczną poprawę sprowadza dłuższy zupełny wypoczynek i dłuższe leżenie w łóżku. Faradyzacya skutecznie wpływa na zmniejszenie trzeszczu, a galwanizacya gruczołu tarczykowego na zmniejszenie wola. Srodków aptecznych nie zapisuje prawie wcale, chyba dla usunięcia objawów ubocznych jak niedokrewność, zaburzenia w trawieniu etc. Wielkie znaczenie przypisuje psychoterapii.

Nietypowe nitkowate zapalenie rogówki. (Atypical Filamentary Keratitis). Mac Whinie — Seattle.

Zmianę tę spostrzegał autor przeważnie u ludzi starych powyżej 65-ciu lat. Dotyczy ona warstwy przybłonkowej i błony Bowmana. Choroba okazuje typ peryodyczny. W dwóch przypadkach ostatnio spostrzeganych, światłowstręt, ból, trawienie wra-

cały regularnie co cztery dni, a ustępowały po usunięciu nitkowatych wypustek uczepionych do środkowej części rogówki. Leber uważa nitki te za skrzepłą wydzielinę spojówkową, ruchami powiek urobioną w wydłużoną postać. Wedle autora nitki są wytworem komórek przybłonkowych rogówki, uległych zwyrodnieniu wskutek złych warunków odżywienia.

Dwa przypadki pierścieniowatego zaćmienia soczewki. (Two Cases of Vossius Ring-shaped Opacity of the Lens). Harold Gifford — Omaha).

Na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Lizbonie Vossius opisał sześć przypadków pierścieniowatego zaćmienia soczewki w następstwie tępego urazu. Zaćmienie to niezawsze jest widzialne w oświetleniu ogniskowem, natomiast stale i wybitnie widać je w świetle przepuszczonem. Wielkość pierścienia złożonego z drobniutkich punkcików szarych lub brunatnych odpowiada obwodowi źrenicy tak, że bliskiem jest przypuszczenie, iż są to grudki barwika tęczówkowego startego z *pars iridica retinae* wskutek przytłoczenia rogówki do tęczówki i soczewki. Autor opisuje dwa podobne przypadki różniące się tem jednak, że przy użyciu znaczniejszego powiększenia widać było bardzo drobne złogi w postaci delikatnego pyłku obejmujące całą przestrzeń w obrębie pierścienia, a również i na zewnątrz od jego obwodu. Nadto w jednym z przypadków uraz nie był tępy, lecz chodziło o ranę przeszywającą na granicy rogówko-twardówkowej. Tłomaczenie powstania tej zmiany, jakie podaje Vossius, potwierdza jeszcze spostrzeżenie Crusiusa, który równocześnie z pierścieniowatem zaćmieniem na przedniej torebce soczewki zauważył szare zaćmienie tych samych rozmiarów w środku tylnej ściany rogówki, zajmujące błonę Descemeta i warstwę śródbłonkową.

Co lepiej, być okulistą i otyatrą zarazem, czy okulistą i internistą? (Oculist and Aurist, or Oculist and Physician, which?). Sucien Howe — Buffalo.

Autor został zaproszony przez Towarzystwo dla oftalmologii, otologii i laryngologii w Buffalo, do wygłoszenia odczytu o korzystnych połączeniach specyalności lekarskich. Przystępując do omówienia tego przedmiotu przytacza powiedzenie pewnego studenta medycyny, który marzył o tem, ażeby zostać specyalistą od chorób głowy. Nie ma dwóch zdań chyba, powiada na to Howe, że byłaby to specyalność za obszerna. Ale i łączenie okulistyki z otyatryą tak rozpowszechnione w Ameryce jest, zdaniem autora, dziś, wobec olbrzymiego rozrostu kazdego z tych działów, nieodpowiednie, ani

ze względu na zadowolenie praktyka, ani ze względu na dobro chorych. *Ars longa, vita brevis*, powiada Howe. Gruntowne zgłębienie jednej specyalności, takiej naprzykład jak okolistyka wymaga wielkiego nakładu pracy, w której nigdy nie należy ustawać, jeśli się chce iść za postępem i być zawsze na wysokości zadania. Jako przykład niesłychanego bogactwa literatury przytacza autor bibliografię odnoszącą się tylko do zaburzeń równowagi mięśni ocznych, a zatem do małej tylko cząstki wiedzy oftalmologicznej. Bibliografia ta z ostatnich lat 10-ciu obejmuje przeszło 2.600 prac. Z przykładu tego można wywnioskować jak olbrzymie są rozmiary literatury specyalistycznej i że niepodobna żądać od jednego człowieka, żeby poznawał chociażby w streszczeniach wszystko, co się pojawia w zakresie jednej specyalności. Tem mniej mógłby podołać zadaniu, gdyby się chciał kusić o objęcie całej literatury bieżącej dwóch takich działów medycyny, jak np. okulistyka i otyatrya. W takim wypadku nieuniknione są braki i luki wielkie zarówno w wiedzy teoretycznej jak i praktycznej. Przeciwko łączeniu tych dwóch specyalności przemawia również i ten wzgląd, że związek między patologią oka i ucha, jakkolwiek istnieje, nie jest jednak tak ścisły, ani tak wielostronny, jak zależność chorób obu tych narządów od ogólnych chorób ustroju. Jeśli zatem ani okuliście, ani otyatrze nie wolno spuszczać z oka postępów, a przynajmniej zasadniczych zmian w zapatrywaniach, jakie się każdego dnia dokonują w patologii i terapii wszelkich innych działów medycyny, to jednak najpotrzebniejsze są mu wiadomości, zdaniem autora, z zakresu medycyny wewnętrznej, gdyż mu najczęściej przyjdzie oceniać zależność choroby ocznej od ogólnego stanu ustroju, lub znaczenie objawu ocznego dla rozpoznania ogólnego.

Papież Jan XXI, Papież-okulista. (Pope John XXI, the Ophthalmologist-Pope). James J. Walsch — New-York,

Jeden z najwcześniejszych podręczników nauki o chorobach ocznych, jakie ukazały się w wiekach średnich, jest podręcznik pochodzący z pierwszej połowy XIII stulecia. Autorem tego dziełka był *Magister Petrus hispanus*, lekarz duchowny, rodem z Hiszpanii, który swe studya lekarskie odbywał na uniwersytetach w Montpellier i w Paryżu, a potem został powołany na dwór papieski do Rzymu, jako archiater t. j. nietylko lekarz przyboczny papieża, ale i kierownik spraw zdrowia publicznego w państwie papieskiem. Pod koniec życia, wstąpił, jak wiadomo, na tron papieski jak Jan XXI, a zginął w roku 1277, podczas zawalenia się pałacu w Viterbo. Jako lekarz odznaczał się bardzo rozległą wiedzą, o czem

świadczy wyżej wspomniane dzieło okulistyczne. Z pośród papieży jego jednego tylko Dante umieścił w swem niebie.

Revue Générale d'Ophtalmologie. R. 1908. nr 11 i 12. R. 1909. nr 1. (Ref. K. W. Majewski).

O sposobach badania poczucia barw u służby kolejowej oraz o rozeznawaniu barwnych sygnałów kolejowych. (Étude sur l'examen du sens chromatique des employés des voies ferrées et sur la perception des signaux colorés dans les chemins de fer). Dr J. Clerc.

Autor streszcza badania swe oraz doświadczenia nabyte w służbie lekarza kolejowego w następujących wnioskach praktycznych:

1. Do badania poczucia barw, któremu poddawać się muszą wszyscy kandydaci do służby kolejowej, — nieodzowne są tablice podane przez Sauvineau, Parinaud'a i Dor'a. Nadto badanie winno być uzupełnione próbami wykonywanemi na samejże drodze żelaznej.

2. Każdy maszynista powinien mieć kartkę, na którą się wpisuje wynik każdorazowego badania oczu.

3. Szczegółowe badanie wzroku ma się odbywać przynajmniej raz na trzy lata. Prócz tego należy je ponawiać po każdej przebytej chorobie ocznej, po każdym doznanym w oko urazie i po każdem stwierdzonem zakażeniu ogólnem. Alkoholicy i palacze tytoniu muszą być częściej poddawani badaniu okulistycznemu, kobiety zaś po przebyciu każdej ciąży.

4. Autor zaleca niektóre zmiany w rozkładzie i rodzaju barw na semaforach używanych na kolejach francuskich.

5. Powołując się na doświadczenia Fieuzal'a, Motais'a, Stort'a, Black'a i własne uważa autor za konieczne, aby maszyniści i palacze zaopatrzeni byli w okulary, barwy żółto-pomarańczowej z siatką ochronną. Szkło żółte wzmaga, zdaniem jego, bystrość wzroku, chroni oko przed chemicznem działaniem promieni światła i ułatwia rozeznawanie sygnałów zaostrzając i uwydatniając kontrasty barw.

Oko i rewolwer. (L'oeil et le revolver). Prof. Rollet.

Autor zestawia sześć przypadków strzałów rewolwerowych w skroń prawą—w tej liczbie pięć w zamiarze samobójczym, a je-

den postrzał podczas krwawej sprzeczki. Przyp. 1: Szeroka, bezpośrednio przez pocisk zadana rana tylnego odcinka prawej gałki ocznej; kula zatrzymała się na wewnętrznej ścianie prawego oczodołu. Oko rozdarte trzeba było wyjąć natychmiast. Przyp. 2: Gałka oczna prawa niezraniona bezpośrednio okazuje rozległe oderwanie siatkówki, pod którą wysięk krwawy. Kula wyszła przez powiekę górną w części wewnętrznej. Z biegiem czasu rozwinęła się *iridocyclitis dolorosa*, z powodu której gałkę wyłuszczono. Przyp. 3: Kula przebiła oczodół prawy i wewnętrzną ścianę lewego i zatrzymała się przed skroniową ścianą tegoż. Prawe oko oślepłe wskutek krwotoku wśródgałkowego z zejściem w zanik. Wzrok lewego oka upośledzony ($\frac{1}{30}$) z powodu wybroczyn w siatkówce (później *retinitis proliferans*). Przyp. 4: Przebicie trzech ścian oczodołowych przez kulę, która ugrzęsła tuż koło nosowej ściany oczodołu lewego. Oko prawe oślepłe wskutek przecięcia nerwu wzrokowego (obrzęk siatkówki i krwotoczne ogniska na tarczy i na siatkówce). Lewe oko prawidłowe. Przyp. 5: W trzy lata po postrzale *phthisis oc. dextri progressiva.* Enukleacya. Przyp. 6: Rana skórna w kącie górno-wewnętrznym oczodołu. Kula tkwi głęboko w ścianie oczodołu i nie daje się wydobyć. *Papillitis, haemorrhagiae et commotio retinae.* Co do postępowania leczniczego autor czyni następujące uwagi: Szerokie zranienie gałki ocznej, z przebiciem jej ścian stanowi niewątpliwe wskazanie do enukleacyj, po wykonaniu której należy w otwartym oczodole poszukać za kulą. Silna kontuzya gałki (bez rany bezpośredniej) prowadzi zwykle do stanów zapalnych i do bolesnego zaniku, i sprawa najczęściej kończy się również enukleacyą. Nie należy w każdym bez wyjątku przypadku kusić się o wyszukanie i wydobycie kuli. Zadanie to może być bardzo trudne i niewdzięczne, jeśli kula tkwi w wewnętrznej ścianie jednego z oczodołów z powodu licznych przegródek i komórek kostnych. Zresztą doświadczenie poucza, że chorzy niejednokrotnie obecność kuli znoszą bardzo dobrze. W każdym przypadku, nawet w razie zaburzeń ze strony jednego tylko oka należy sporządzić roentgenogramy obu oczodołów *en face* i z profilu.

Wiestnik Oftałmołogji. R. 1908. Tom XXV. Styczeń—luty, marzec—kwiecień i maj—czerwiec. (Ref. Dr Garliński).

O działaniu adrenaliny na ciśnienie śródoczne. (O diejstwji adrenalina na wnutrigłaznoje dawlenje). Dr J. Rubert w Zwienigródku.

Przejrzawszy starannie odnośną literaturę, autor doszedł do przekonania, że z niej nie można sobie wyrobić należytego pojęcia o działaniu adrenaliny na oko, ponieważ zdania badaczy w tym względzie są najczęściej niezgodne. Wówczas, kiedy jedni z pomiędzy nich nie wierzą wcale we wpływ adrenaliny na ciśnienie śródoczne, to inni są tego mniemania, że działanie tego środka występuje tylko wtedy, gdy środek ten wprowadzony zostanie pod spojówkę, a inni jeszcze, aczkolwiek nie przypisują adrenalinie zdolności wywierania bezpośredniego wpływu na ciśnienie wewnątrzgałkowe, skłonni są wszakże dowodzić, że adrenalina potęguje tylko działanie ezeryny i pilokarpiny. Poza temi obrazami jest jeszcze szereg autorów, którzy wysoce podnoszą zbawienne skutki działania adrenaliny, jako środka przeciw jaskrze stosowanego. Wreszcie są i tacy, co jaknajenergiczniej przestrzegają przed używaniem adrenaliny przy jaskrze, albowiem niejednokrotnie mieli sposobność przekonać się o zgubnych skutkach tego środka wskutek następującego po nim wzmożenia ciśnienia wewnątrzocznego. Rzecz prosta, że powyższe zestawienie rezultatów badań nad adrenaliną wprowadza zamęt pojęć i jeszcze bardziej zaciemnia i tak już dosyć ciemną sprawę działania adrenaliny na oko. Autor przeprowadził badania naukowe nad działaniem adrenaliny w 34 przypadkach, przyczem w 13 przypadkach miał do czynienia z oczami o ciśnieniu prawidłowem i w 21 — o ciśnieniu śródocznem wzmożonem. Wyniki tych badań były następujące:

1) Adrenalina działa niewątpliwie na ciśnienie śródoczne.

2) Działanie to wyraża się pierwotnem obniżeniem ciśnienia i idącem wślad za tem wzmożeniem, po którem zjawia się znów następcze zmniejszenie się ciśnienia.

3) Powyższe wahania zauważyć się dają zarówno w oczach prawidłowych, jak i w oczach, dotkniętych jaskrą—różnica polega na pełności okresów wahań.

4) W oczach prawidłowych cały szereg zjawisk, wywołanych adrenaliną, trwa kilka godzin, natomiast w oczach, dotkniętych jaskrą, działanie adrenaliny trwa kilka dni.

5) W przypadkach jaskry, adrenalina występuje jużto jako środek przeważnie zmniejszający, jużto jako przeważnie wzmagający ciśnienie śródoczne.

6) Adrenalina, będąc stosowaną poraz wtóry, w oczach prawidłowych nie działa już tak wyraźnie na ciśnienie śródoczne, w oczach zaś, dotkniętych jaskrą, działanie jej czasem występuje jeszcze wyraźniej.

7) Wahania ciśnienia śródocznego przy stosowaniu ezeryny razem z adrenaliną należy rozpatrywać jako wynik dwóch sił, działających jednocześnie.

8) Przy jaskrze należy stosować adrenalinę bardzo ostrożnie.

9) Wahanie ucisku wewnątrzocznego pod wpływem adrenaliny najłatwiej objaśnić sobie działaniem tego środka na układ krwionośny.

Przyczynek do kazuistyki operacyi cataractae congenitae totalis. (K kazuistikie opieracji cataractae congenitae totalis). L. L. Blumental w Rydze.

11-miesięczny chłopczyk, dotknięty zaćmą wrodzoną całkowitą na obydwóch oczach, miał wymiary ócz prawidłowe, nieznaczny *nystagmus oscillatorius*, znaczny *strabismus convergens et sursum vergens*, *periodicus alternans* i nieznaczną *iridodonesis.* Tęczówka nieco cieńsza od prawidłowej, źrenice wązkie, oddziaływają słabo. Zaćma soczewki ma odcień białawo-siny. Kość potylicowa czaszki mocno spłaszczona; zębów niema. Nie może ani siedzieć bez cudzej pomocy, ani też trzymać głowy prosto. Zapalenie oskrzeli. *Discisio cataractae* na oku prawem nie miało żadnego wyniku, wskutek czego po 2-ch tygodniach dokonaną została operacya: *extractio cataractae simplex* na oku lewem pod kokainą. Do trzeciego dnia przebieg pooperacyjny prawidłowy; na czwarty dzień nacieczenie brzegów rany. Pomimo zastosowania rozczynu *Atrop* + *Scopolamin.* + *Cocain* na 10 dzień nastąpiło zupełne zarośnięcie źrenicy przy objawach *iridocyclitis.* Wreszcie rana operacyjna zarosła. Po 3-ch tygodniach ropienie pozagałkowe i towarzyszące mu silne opuchnięcie powiek, obrzęk spojówki gałki ocznej i trzeszcz. T. 39. 3. Zanim ropień pękł, w oku operowanem występują tymczasem b. ciekawe zmiany. Na miejscu rany operacyjnej zjawia się *kerectasia* i zupełne zniknięcie przedniej komórki do tego stopnia, że tęczówka mocno przylega do rogówki, Na 11 dzień wrzód pęka, a wkrótce potem znika *kerectasia* i komórka przednia staje się prawidłową.

Przypadek wągra w ciałku szklistem. (Słuczaj cisticerka w stiekłowidnom tiele). K. W. Lepnin w Charkowie.

W klinice ocznej uniwersyteckiej w Charkowie na 60.000 chorych ambulatoryjnych był tylko jeden przypadek wągra w roku

1901. Następny przypadek zdarzył się dopiero w lutym 1907 r. i dotyczył włościanina gub. Witebskiej, 52-letniego B. F., który do lat dwóch cierpiał na tasiemca. W chwili, kiedy chory został przyjęty do kliniki, stan oczów był następujący: na zewnątrz oko lewe nie różniło się w niczem od prawego, a pomimo to siła widzenia ol. $= \frac{1}{\infty}$; przy badaniu wziernikowem w obrazie prostym w okolicy plamki żółtej łatwo było zauważyć łukowato wygięty brzeg sinawo-białego pęcherza; przy odpowiednich ruchach oka można było wyśledzić naokoło granice pęcherza. Średnica pęcherza była 5—6 razy większa od średnicy tarczy nerwu wzrokowego, a zatem $= \pm$ 8—9 mm. Tarcza n. wzrokowego do połowy przykryta odczepioną siatkówką. Ruchów pęcherza zauważyć nie można było. Przy badaniu w obrazie odwrotnym widać tylko zewnętrzny brzeg tarczy; naokoło pęcherza siatkówka odczepiona wszędzie za wyjątkiem może bardzo niewielkiej części, posiadającej względnie prawidłowe zabarwienie. Zmętnień w ciałku szklistem niema. T = 1. 16. VI. 1907 r. dokonaną została operacya wydobycia wągra. Cięcie nożem Graefego w klasycznem miejscu, 8—9 mm długie; przy rozszerzeniu rany i lekkiem uciskaniu na gałkę oczną pęcherz sam wysunął się na zewnątrz. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Na 10-ty dzień badanie wziernikowe wykazało odczepienie siatkówki na większej nieco przestrzeni; tarczy n. wzrokowego nie widać wcale. 4. VIII. chory wypisał się z kliniki z siłą wzroku taką samą, jak i przed operacyą.

O cyklodyalizie. Badanie kliniczne i doświadczalne.

(O cikłodializie. Kliniczeskoje i eksperymentalnoje izśledowanje). K. Judin w Odesie.

W celu leczenia jaskry Heine zaproponował nowy rękoczyn, polegający na rozerwaniu więza grzebieniastego; następstwem tej operacyi winno być oddzielenie się siatkówki od twardówki. Technika operacyi jest następująca: po uprzedniem znieczuleniu oka kokainą chwyta się łącznicę gałki ocznej w odległości 8—9 mm od rąbka rogówkowo-twardówkowego i przecina się nożyczkami. Potem nakłada się szew z cienkiego katgutu, który należy zacieśnić dopiero po skończonej operacyi. Teraz oddziela się tkanka nadtwardówkowa tępem narzędziem i przecina się twardówkę w kierunku równoległym do rąbka w odległości 5 mm od niego; długość ranki twardówki ma być około 2 mm. Cięcie robi się nie od razu, ale warstwami dopóki nie poczujemy braku oporu ze strony twardówki. Wreszcie ujmujemy zwyczajny stylecik kataraktalny i wprowadzamy go w głąb rany pomiędzy twardówką i ciałem rzęskowem, przerywamy więz grzebieniasty i dostajemy się do komórki przed-

niej oka. Tym sposobem następuje bezpośrednie połączenie komory przedniej z przestrzenią nadnaczyniową. W pierwszej części pracy swej autor zajmuje się szczegółowo odnoszącą się tutaj literaturą i w końcu przytacza dwa przypadki z kliniki Prof. Gołowina; w części drugiej opisuje 15 doświadczeń nad oczami psów. Wreszcie w części trzeciej wyprowadza następujące wnioski:

1) Przypuszczenie Heinego, jakoby po operacyi *cyclodialysis* wytworzyć się miało bezpośrednie połączenie komory przedniej oka z przestrzenią nadnaczyniową nie znajduje potwierdzenia przy doświadczeniach na zwierzętach.

2) Dô takich samych wniosków dochodzi się przy badaniach drobnowidowych ócz ludzkich, na których dokonaną została w mowie będąca operacya.

3) Nie posiadamy dotychczas żadnych dowodów anatomicznych, na zasadzie których można byłoby przypuszczać, że po *cyclodialysis* wytwarzają się warunki, wpływające dodatnio na przesączanie do przestrzeni nadnaczyniowej.

4) Dane kliniczne, któremi rozporządzamy, dowodzą, że dodatnich wyników operacyi otrzymano bardzo niewiele, a powikłań pooperacyjnych było daleko więcej, aniżeli przy innych rękoczynach, ku leczeniu jaskry stosowanych.

5) Doświadczenia zapomocą tonometru Makłakowa dowodzą, że zmniejszenie ciśnienia śródocznego po *cyclodialysis* trwa niedługo.

6) Wobec tego autor nie rokuje wielkiej przyszłości zalecanemu tak gorąco przez Heinego zabiegowi operacyjnemu; jedynie może mieć zastosowanie, jako operacya przygotowawcza do irydektomii, w tych przypadkach jaskry o wysokiem bardzo ciśnieniu śródocznem, gdzie niema prawie wcale komory przedniej, ażeby chwilowo zmniejszyć napięcie ciśnienia i ułatwić irydektomię.

O leczeniu raka zapomocą radium. (O leczenii raka radjem). B. D. Alman z Saratowa.

Autor stosował promienie *radium* przy leczeniu raka powiek *(cancroid, scirrhus)* w 7-miu przypadkach. Byli to chorzy, którzy albo już przedtem poddawali się operacyi nowotworu, albo też nie zgadzali się na żaden zabieg operacyjny. Po pierwszych kilkunastu posiedzeniach każdy chory stawał się wielkim zwolennikiem leczenia zapomocą promieni *radium*, gdyż odczuwał znakomitą ulgę, dopiero potem, gdy występowało zapalenie tkanek sąsiednich, każdy z nich zaczął bez poważniejszej przyczyny opuszczać seanse i przychodzić mniej regularnie. Właściwie do mocniejszego podrażnienia oka nigdy nie dochodziło, ponieważ z chwilą, kiedy się zja-

wiło zapalenie spojówki, posiedzenia zwykle zostawały przerywane na 3—4 dni, póki czerwoność zupełnie nie ustępowała. Przy końcu leczenia, czyli po 2—3-miesięcznem leczeniu, komórki nowotworu rozpadały się, wskutek czego powstawało owrzodzenie, które wreszcie zabliźniało się zupełnie. Pod blizną wszakże prawie zawsze można było wyczuć nacieczenie głębiej leżące. Ta okoliczność tłumaczy nam w dostatecznej mierze, dlaczego po pewnym czasie następowały nawroty, choć nie występowały one nigdy w tem samem miejscu, ale zawsze w innem, poza obrębem blizny będącem. Autor stosował do swych doświadczeń bromek *radium* (z fabryki Buchler'a) w ilości 25 mgr, zamkniętą w płaskiem pudełeczku z blaszką mikową na przedniej powierzchni, przez którą przechodziły promienie na nowotwór. Posiedzenia odbywały się 4 razy na tydzień i trwały po 5 minut.

Zapalenie woreczka Tenona i jego leczenie. (Tenonit i jewo lieczenje). R. A. Kac.

Na początku swej pracy autor zaznacza, że zapalenie torebki Tenona jest chorobą samoistną, analogiczną z zapaleniem stawów *(synovitis)* i powstającą na tle chorób zakaźnych (reumatyzm, *parotitis*, rzeżączka, podagra i t. p.). Dotychczasowe leczenie tej choroby polegało na podawaniu wewnątrz preparatów z *natrium salicylicum*, *chininum*, *antipyrinum*, i na stosowaniu okładów z kwasu bornego, lub wody ołowianej. Przy znaczniejszych stopniach obrzęku łącznicy zalecano skaryfikacyę; przy powikłaniach ze strony tęczówki lub nerwu wzrokowego wkraplano atropinę i stawiano pijawki na skroń. Ale pomimo wszystko choroba przeciągała się na czas dłuższy i ordynujący lekarz miewał zawsze niemiłe uczucie swej bezsilności wobec choroby. Mając raz chorego na zapalenie woreczka Tenona, a podejrzewając u niego syfilis, autor zastosował okłady rozgrzewające z roztworu sublimatu (1:500) i przekonał się, że zaraz na drugi dzień nastąpiło wybitne polepszenie. Ponieważ u tego chorego stosowane były jednocześnie i inne lekarstwa, przeto autor przy pierwszej sposobności, która mu się wkrótce nastręczyła, spróbował przepisać tylko okłady sublimatowe; i w tym przypadku również nastąpiło znaczne polepszenie i chory w krótkim bardzo czasie wyzdrowiał.

Na końcu swej pracy autor po uprzedniem omówieniu przytacza jeszcze dwa przypadki ropnego zapalenia torebki Tenona, leczone z powodzeniem wyłącznie zapomocą okładów sublimatowych.

Usuwanie łuszczki drogą operacyjną. (Udalienje pannusa *(pannus trachomatosus)* putiom opieracyi). K. W. Frost.

Metody leczenia łuszczki dzielą się na terapeutyczne i chirurgiczne. Do pierwszej kategoryi należą: ciepło, mięsienie maścią rtęciową żółtą, maścią jodoformową, jodkiem potasu, dioniną; następnie stosowanie jekwiryty i jekwirytolu, lub wreszcie szczepionki ostrych spraw chorobowych. np. rzeżączki. Metody chirurgiczne (*peritomia*, przyżeganie naczyń) mają za zadanie zmniejszyć dopływ krwi i wywołać zanik łuszczki. Sposoby terapeutyczne przy niebardzo grubych łuszczkach prowadzą czasem do zupełnego wyleczenia — łuszczka znika zupełnie. Ale za to grube mięsiste łuszczki ustępują bardzo trudno zarówno przy leczeniu terapeutycznem, jak i chirurgicznem, jakkolwiek to ostatnie ma, zdaje się, więcej widoków powodzenia. Oczyszczając kawałeczkiem waty wrzodzik, leżący przy brzegu łuszczki autor zauważył, że brzeg łuszczki bardzo łatwo oddziela się od rogówki i przy dalszem wycieraniu oddzielił się zupełnie aż do rąbka spojówkowego. Ta okoliczność była powodem, dla którego autor opracował nowy sposób leczenia łuszczki drogą operacyjną. Jeżeli łuszczka posiada wyraźnie zakreślony brzeg, to należy oddzielić ją aż do samego brzegu rogówki zapomocą małego nożyka (szerokości 3 mm). W razie, jeżeli brzeg łuszczki nie występuje należycie, to trzeba rozciąć tkankę łuszczki nożem Graefego i dopiero potem przystąpić do jej oddzielenia.

O znaczeniu niektórych potworniaków oczodołu. (O znaczenji niekatorych tieratom głaznicy). *(Cephaloma orbitae posterior).* F. O. Jewieckij z Dorpatu.

Pomiędzy wrodzonymi nowotworami oczodołu w charakterze odrębnej grupy występują narośle, dotychczas bardzo zagadkowe, a które do czasu, aż ich znaczenie wyjaśnionem zostanie, zmuszeni jesteśmy nazywać mianem potworniaków. Narośla takie zdarzają się bardzo rzadko i w literaturze można odszukać zaledwie cztery przypadki, przypadek więc, o którym mowa, jest piątym z kolei. Dotyczył noworodka, który był przyniesiony do szpitala na drugi dzień po urodzeniu. Dziecko było prawidłowo rozwinięte i zbudowane i na ogół zupełnie zdrowe. Oczodół prawy wypełniała narośl, która rozpychała powieki i znacznie wystawała na zewnątrz, mając na swym przednim biegunie gałkę oczną, względnie jeszcze zdrową, choć już nabłonek rogówki był gdzieniegdzie nierówny, a źrenica zlekka zwężona. Przy ruchach lewego oka, prawe pozostawało nieruchome, za to ruchy bierne chorego oka były możliwe, gdyż gałkę oczną udawało się przesuwać w różne strony. Narośl sama była nieruchomą, twardą i elastyczną. Brzegi oczodołu dawały się łatwo

wyczuć i stąd wyprowadzić wniosek, że wymiary oczodołu były znacznie powiększone. Autor wziął narośl za mięsak wrodzony i dlatego postawił niepomyślne dla chorego rokowanie. Tymczasem po 4½ miesięcy to samo dziecko przyniesiono znów do szpitala; schudło trochę i zmizerniało, lecz chore nie było. Narośl znacznie się powiększyła, a gałki ocznej śladu już nie było. Ściany oczodołu jeszcze bardziej się rozszerzyły i przy zewnętrznym brzegu wyraźnie wyczuć można było rozstępowanie się kości. Powieka górna zrosła się z nowotworem i pod skórą wytworzył się niewielki gruzełek. Dokonano operacyi usunięcia nowotworu, poczem małego chorego widziano jeszcze przez trzy lata. Badanie mikroskopowe wykazało, że narośl składa się z tkanki nerwowej *(neuroglia)* i tkanki łącznej, pośród której znajdowały się blaszki tkanki kostnej i chrząstkowej, a nawet włókna mięsne poprzecznie prążkowane. Znamienną cechą nowotworu były torbiele, znajdowane tam w wielkiej ilości, i wysłane nabłonkiem wszystkich typów.

Dwa przypadki szczęśliwe wydobycia kawałeczków żelaza z ciałka szklistego zapomocą elektromagnesu Volkmanna. (Dwa uspiesznych słuczaja izwlieczenja żelieznych askałkow iz stiekłowidnawo tieła pasredstwom elektromagnita Volkmann'a). H. I. Bielskij z Bieżyna.

Autor stosował wielki elektromagnes Volkmann'a w 2-ch przypadkach i jest zachwycony sprawnością tego przyrządu. Pierwszy z nich dotyczył majstra kowalskiego Andrzeja T., któremu zewnętrznej części, znajduje się świeża ranka długości 2—3 mm, z której wystaje część uwięźniętej tęczówki. W tęczówce kawałek żelaza wpadł do oka prawego. Na brzegu rogówki w dolnonieco wyżej ranki rogówkowej widać otwór *(coloboma)* trójkątny. Wziernik odkrywa obecność ciała obcego w pobliżu plamki żółtej. W chwili przybliżania bieguna elektromagnesu do środka rogówki ciało obce przedostało się pod tęczówkę, skąd odpowiednimi ruchami elektromagnesu przeprowadzone zostało przez otwór źrenicy do komory przedniej, a stamtąd już przez zrobiony otwór w rogówce *(paracentesis)* wyciągnięte na zewnątrz. W dniu wypisania się: VOP = 0·1. Przypadek drugi: Borys T. stracił wzrok na oku prawem wskutek uderzenia kawałkiem żelaza. Komora przednia wypełniona krwią. U góry, ½ ctm wyżej brzegu rogówkowego ranka długości 4 mm; pomiędzy brzegami ranki wystaje wypadnięte ciałko szkliste. Po odkażeniu ranki i odcięciu ciałka szklistego przybliżono sterylizowany biegun elektromagnesu, poczem wkrótce ukazał się ostry brzeg obcego ciała, które wyciągnięto szczypczykami. 5-go dnia chory wypisał się. VOP = 0·8.

Zmętnienie obrączkowe na przedniej powierzchni soczewki wskutek urazu i drążącej rany oka. (Krugawoje pomutnienje na pieredniej pawierchnošti chrustalika (Vossius) pri uszybie i pranikajuszczem ranienji głaza). A. W. Natanson z Moskwy.

Niedawno Vossius opisywał nieznane dotychczas zmiany po urazie oka, a mianowicie zmętnienie obrączkowe na przedniej powierzchni soczewki. Od tego czasu mamy w literaturze 10 podobnych opisów, ale we wszystkich tych przypadkach przyczyną było tylko stłuczenie gałki ocznej. Przypadek N. różni się właśnie tem, że w oku z drążącą raną rogówki po wessaniu się krwi z przedniej komory i po rozszerzeniu źrenicy atropiną ukazało się na przedniej powierzchni soczewki zmętnienie obrączkowe grubości włosa, stanowiące jakgdyby odciśnięcie źrenicy. Zmętnienie po upływie pewnego czasu znikło zupełnie.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Berlińskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 22-go października 1908 r. (Ref. K, W. Majewski).

Gutmann przedstawia 24-letnią kobietę, z obustronną wrodzoną, *melanosis sclerae*. Cała widoczna część twardówki od rogówki, aż po równik okazuje ciemno-niebieskie zabarwienie. Wziernikiem widać naczyniówkę silnie pigmentowaną i znaczną *tortuositas vasorum retinae*.

Michel. Na podstawie długoletnich spostrzeżeń wywodzi, że gruźlica tęczówki daje się zupełnie wyleczyć. Na miejscu dawnych gruzełków powstają ostrobrzeżne dołki, które się bardzo powoli wypełniają tkanką łączną.

Köllner wygłasza odczyt o niebezpieczeństwie, jakie stwarza dla rogówki wyłuszczenie zwoju Gassera. W 12-u przypadkach, operowanych w berlińskiej klinice chirurgicznej 10 razy powstało owrzodzenie na rogówce. W dwóch przypadkach, gdzie do owrzodzenia nie przyszło, badanie wykazało, że czucie w zakresie pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego, nie zostało zniesionem. Sądząc z przebiegu klinicznego, zmiana rogówkowa nie polega na nekrozie,

lecz na ubytku przybłonkowym, który następnie ulega zakażeniu. Rokowanie jest o tyle pomyślne, że owrzodzenie może zagoić się w okresach wczesnych. Natomiast nierzadkie są nawroty.

Adam. O zranieniach nerwu wzrokowego. W wykładzie swym ogranicza się A. do zranień, bez równoczesnego uszkodzenia gałki. Przedmiot raniący może wtargnąć od przodu obok gałki ocznej (koniec noża, szydło, ostry pręt), albo przez zewnętrzne ściany oczodołu (strzał w skroń). Autor przedstawia szereg chorych z powyższymi rodzajami zranień. W dyskusyi Schöler wspomina przypadek, gdzie koniec noża wbitego w oczodół przeciął nerw wzrokowy do połowy. Następstwem była utrata przeciwnej połowy pola widzenia.

Hamburger widział również połowicze widzenie, jednak obustronnie, wskutnk skaleczenia nożem, sfery widzenia w korze potylicznej.

Michel przytacza przypadek, w którym uszkodzenie nerwu wzrokowego wywołało obraz embolii tętnicy środkowej. Badanie anatomiczne wykazało jako przyczynę zatkanie światła tętnicy, złuszczenie i zmarszczenie jej błony wewnętrznej *(intima)*.

Napp przedstawia dwa przypadki nowotworów rąbka spojówkowego odcięte wraz z przylegającą spojówką. Jeden okazał się zwyczajnym rakiem przybłonkowym, drugi określono anatomicznie jako *carcinoma sarcomatodes*. W jednym z tych przypadków po 3-ch miesiącach przyszło do nawrotu, wynika z tego, że operować trzeba jak najwcześniej i jaknajdoszczętniej, Nadto okazuje N. preparat mięsaka okrągło-komórkowego uzyskanego przez wypaproszenie oczodołu. Punktem wyjścia nowotworu był prawdopodobnie mięsień prosty wewnętrzny, a w każdym razie był głównem jego siedliskiem. Prawie cały brzusiec mięśnia od tylnego do przedniego ścięgna przerosły był tkanką nowotworową. Wobec tego dziwnem musi się wydać, że niedomoga tego mięśnia objawiała się tylko utajoną rozbieżnością, wynoszącą zaledwie 4^0. Autor przypomina sobie analogiczne spostrzeżenie: widział mianowicie przy sekcyi bardzo daleko posunięte zwyrodnienie nowotworowe mięśnia sercowego, które nie zdradzało się za życia ani jednym objawem klinicznym wskazującym na osłabienie czynności serca.
(Według Ophtalm. Klinik).

IV. ROZMAITOŚCI.

Jaglica. A. Leber pokazywał na posiedzeniu berl. tow. okulistycznego dn. 17-go grudnia r. z. rysunki przedstawiające znane ziarenka zachodzące w komórkach nabłonkowych trachomatyków, uważane za pasożyty wywołujące jaglicę.

W dyskusyi zaznaczył Herzog, że twory te zbyt mało różnią się od podobnych zachodzących w zwyczajnych przewlekłych zapaleniach spojówki.

Niedawno dr di Santo znalazł ciałka »jaglicowe« pod nabłonkiem tkanki łącznej, podobne do dwoinek (Arch. f. Aughk. t. LXI), Grueter znowu opisuje prątek wyhodowany z wydzieliny spojówkowej jaglicowej, układający się w długie łańcuchy lub grupy leżące równolegle do siebie.

Dr Mijaschita, Japończyk, z Tokio, nazywa ziarenka znalezione około jąder komórek przybłonkowych spojówki jaglicowej czynnikiem swoistym jaglicy.

Wedle badań Bartarellego i Cocchetto zachodzą w komórkach spojówkowych końcowo ułożone, nieregularnie trójkątne, czerwono - fiołkowo barwiące się ciałka, w innych znowu komórkach spojówkowych znaleziono czerwono-fiołkowe nieregularne masy w protoplazmie lub też czerwonawe ziarenka.

Autorowie sądzą, iż chodzi tutaj o twory pasożytne, ale właściwego związku między objawami klinicznymi a rozmaitemi postaciami tych tworów nie udało mu się stwierdzić.

W ostatnich czasach prasa codzienna podaje wiadomość z Berlina, iż prof. Greef odkrył zarazek jaglicy. Ma nim być coś co stanowi istotę pośrednią między bakteryami a pierwotniakami (protozoami). Rzekomo zarazek ten już za pierwszym zabiegiem leczniczym z powierzchni zostaje usunięty i z powodu tego dla otoczenia przestaje być szkodliwym (!) a tylko zarazki, które w głąb tkanki się dostały pozostają niebezpieczne dla osobnika dotkniętego. Należy odczekać bliższych wiadomości w nadziei, że i ta w świat puszczona wiadomość nie okaże się błędnym ognikiem.

W najnowszym numerze Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde podaje Herford z kliniki Greefa wynik doświadczeń kontrolujących, jakie robił już to na skąpym materyale kliniki Charité w Berlinie, już to w Królewcu; zaszczepił także wydzielinę spojówki jaglicowej ludzkiej pawianom. Doświadczenia te dawały wyniki rzekomo zupełnie pewne, wykazujące tylko w preparatach trachomatycznych owe znamienne ziarenka, które przeważnie obok jądra się rozwijają gromadą, a że protoplazma w otoczeniu tych gromadek wygląda jaśniejszą, przeto łatwy pozór, jakoby w owem miejscu

powstała próżnia w komórce, niby otoczką odgraniczona. To spowodowało Prowazka do nazwania tych tworów *Chlamydozooa* oe χλαμύς powłoka a ζῶον zwierzę. Mają one zajmować pośrednie stanowisko między bakteryami a pierwotniakami. Ziarenka te rozmnażają się szybko, wypełniają komórkę całą naokoło jądra i doprowadzają ją do pęknięcia, a tem samem do zniszczenia.

W.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr S. Eperon mianowany prof. nadzw. w Lozannie.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr N. Prawosud doc. pryw. zmarł w Moskwie.

Dr Seggel, zmarł w Mnichowie, przez wypadek automobilowy.

Spis pp. referentów i podział czynności sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

Dr Bałaban, Archiv für Augenheilkunde.
Doc. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique. Medycyna Posiedzenia Tow. lek. lwowskiego.
Doc. Dr Chlumsky, pisma czeskie.
Dr Eberson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aerztliche Zentralzeitung i Przegląd lekarski.
Dr Garliński z Łodzi, Gazeta lekarska, Kronika Lek., Czasopismo lek. i Wiestnik oftalmologii.
Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militaerarzt«.
Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.
Dr Kaczkowski z Warszawy, Annali di Ottalmologia.
Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
Dr Łuniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.
Prof. Dr Majewski, Archives d'Opht., Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmologische Klinik, Ophthalmology Milwaukee).
Dr Matusewicz, Wracz, Bulletin de la société d'opht. belge.
Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.
Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'ophtalmologie.
Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.
Doc. Dr Szulisławski, czasopisma hygieniczne, Vierteljahrschrift für ger. Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.

Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i podanie odnośnych czasopism. *Redakcya.*